

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1953

THÈSE

359  
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

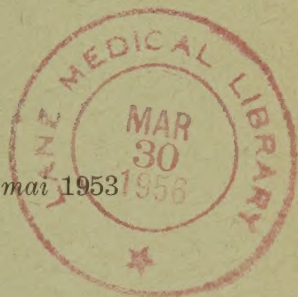
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Henri CHANEAC**

Né le 5 Août 1921, à Privas (Ardèche)

*Présentée et soutenue publiquement le 13 mai 1953*



QUATRE CAS DE DELIRE  
A THEME PSYCHOLOGIQUE  
**chez des psychologues**

Président : M. BARUK, Professeur

PARIS  
IMPRIMERIE R. FOULON  
29, RUE DEPARCIEUX, 29  
1953



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : CHANEAC

Prénom : HENRI

Date de soutenance : 13 mai 1953

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

CHANEAC (HENRI). — Quatre cas de délire à thème psychologique chez des psychologues. — Paris, Imp. R. Foulon, 1953, in-8°, 72 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1953, N° .....).

CHANEAC (HENRI). — Quatre cas de délire à thème psychologique chez des psychologues. — Paris, Imp. R. Foulon, 1953, in-8°, 72 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1953, N° .....).

CHANEAC (HENRI). — Quatre cas de délire à thème psychologique chez des psychologues. — Paris, Imp. R. Foulon, 1953, in-8°, 72 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1953, N° .....).

CHANEAC (HENRI). — Quatre cas de délire à thème psychologique chez des psychologues. — Paris, Imp. R. Foulon, 1953, in-8°, 72 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1953, N° .....).



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1953

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Henri CHANEAC**

Né le 5 Août 1921, à Privas (Ardèche)

---

*Présentée et soutenue publiquement le 13 mai 1953*

---

QUATRE CAS DE DELIRE  
A THEME PSYCHOLOGIQUE  
**chez des psychologues**

---

Président : M. BARUK, Professeur

---

PARIS  
IMPRIMERIE R. FOULON  
29, RUE DEPARCIEUX, 29  
1953



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

# DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Gougerot (H.), Guillaïn, Harvier, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemaître, Lemierre, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Olivier, Ombrédanne, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... Léon BINET

*Membre de l'Institut*

ASSESSEUR ..... Jean VERNE

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                                              |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Anatomie . . . . .                                                                           | CORDIER (G.)               |
| Anatomie pathologique . . . . .                                                              | DELARUE                    |
| Bactériologie . . . . .                                                                      | GASTINEL (P.)              |
| Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports.                                     | CHAILLEY-BERT (P.)         |
| Biologie médicale . . . . .                                                                  | VERNE (J.)                 |
| Cancérologie médicale et sociale . . . . .                                                   | HUGUENIN (R.)              |
| Carcinologie . . . . .                                                                       | OBERLING (C.)              |
| Chimie médicale . . . . .                                                                    | OLONOVSKI (M.)             |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                                                            | BROCQ (P.)                 |
|                                                                                              | Hôtel-Dieu . . . . .       |
|                                                                                              | Saint-Antoine . . . . .    |
|                                                                                              | Salpêtrière . . . . .      |
|                                                                                              | Cochin . . . . .           |
| Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique . . . . .                                  | CADENAT (F.)               |
| Clinique de cardiologie . . . . .                                                            | MONDOR (H.)                |
| Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie . . . . .                                    | QUENU (J.)                 |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire . . . . .                                            | MERLE D'AUBIGNE (R.)       |
| Clinique de la tuberculose . . . . .                                                         | DONZELOT (E.)              |
| Clinique de neuro-chirurgie . . . . .                                                        | FEVRE (M.)                 |
| Clinique de puériculture . . . . .                                                           | MONOD (R.)                 |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .                                    | BERNARD (E.)               |
| Clinique des maladies du sang . . . . .                                                      | PETIT-DUTAILLIS (D.)       |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                                           | LELONG (M.)                |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                                                  | DEGOS (R.)                 |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                                                 | CHEVALLIER (P.)            |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale . . . . .                                   | ALAJOUANINE (T.)           |
| Clinique gynécologique . . . . .                                                             | DEBRE (R.)                 |
|                                                                                              | MOLLARET (F.)              |
|                                                                                              | DELAY (J.)                 |
|                                                                                              | FUNCK-BRENTANO             |
| Cliniques médicales . . . . .                                                                | BENARD (H.)                |
|                                                                                              | Hôtel-Dieu . . . . .       |
|                                                                                              | Bichat . . . . .           |
|                                                                                              | Cochin . . . . .           |
|                                                                                              | Pitié . . . . .            |
| Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique . . . . .                               | LAROCHE (G.)               |
| Clinique médicale propédeutique . . . . .                                                    | MOREAU (R.)                |
|                                                                                              | LEMAIRE (A.)               |
| Cliniques obstétricales . . . . .                                                            | JUSTIN-BESANÇON (L.)       |
|                                                                                              | PASTEUR VALLERY-RADOT (L.) |
|                                                                                              | Tarnier . . . . .          |
|                                                                                              | Baudelocque . . . . .      |
|                                                                                              | Port-Royal . . . . .       |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                                           | LANTUEJOUL (P.)            |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                                                  | LEVY-SOLAL (E.)            |
| Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel) . . . . . | LACOMME (M.)               |
| Clinique psychiatrique infantile . . . . .                                                   | VELTER (E.)                |
| Clinique rhumatologique . . . . .                                                            | AUBIN (A.)                 |
| Clinique stomatologique . . . . .                                                            |                            |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                                                | RICHET (C.)                |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                                                    | HEUYER (C.)                |
| Clinique urologique . . . . .                                                                | COSTE (F.)                 |
| Embryologie . . . . .                                                                        | DECHAUME (M.)              |
| Génétique . . . . .                                                                          | SENEQUE (J.)               |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                                         | CHABROL (E.)               |
| Histologie . . . . .                                                                         | FEY (B.)                   |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .                                         | GIROUD (A.)                |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .                                                     | LAMY (M.)                  |
| Médecine du Travail . . . . .                                                                | MOUQUIN (M.)               |
|                                                                                              | CHAMPY (C.)                |
|                                                                                              | CATHALA (J.)               |
|                                                                                              | JOANNON (C.)               |
|                                                                                              | DESOILLE (H.)              |

|                                                             |                            |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Médecine légale                                             | PIEDELIEVRE (R.)           |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale                | GAILLIARD (H.)             |
| Pathologie chirurgicale                                     | DE GAUDART D'ALLAINES (F.) |
| Pathologie exotique                                         | LAVIER (G.)                |
| Pathologie expérimentale et comparée                        | LENEGRE (J.)               |
| Pathologie médicale                                         | BARIETY (M.)               |
| Pathologie et thérapeutique générales                       | DE GENNES (L.)             |
| Pharmacologie et matière médicale                           | HAZARD (R.)                |
| Physico-chimie médicale ( <i>chaire à titre personnel</i> ) | DOGNON (A.)                |
| Physiologie                                                 | BINET (L.)                 |
| Physique médicale                                           | STROHL (A.)                |
| Radiologie médicale                                         | DESGREZ (H.)               |
| Technique chirurgicale                                      | MOULONGUET (P.)            |
| Thérapeutique                                               | TURPIN (R.)                |

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

## MM.

|                            |                                                                                                            |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie                   | { DEBEYRE (J.)<br>DELMAS (A.)                                                                              |
| Anatomie pathologique      | { Mlle GAUTHIER-<br>VILLARS (P.)<br>Pr. s. ch.<br>BUSSER (F.)                                              |
| Bactériologie              | { FASQUELLE (R.)<br>NEVOT (A.)                                                                             |
| Biologie médicale          | BOURLIERE (F.)                                                                                             |
| Chimie médicale            | { ETTORI (J.)<br>Pr. s. ch.<br>JAYLE (M.-F.)<br>Pr. s. ch.<br>SCHAPIRA (G.)                                |
| Dermato-syphiligraphie     | N...                                                                                                       |
| Histologie                 | { BULLIARD (H.)<br>Pr. s. ch.<br>COUJARD (R.)<br>DESCLAUX (P.)                                             |
| Hydrologie                 | DEBRAY (C.)                                                                                                |
| Hygiène                    | { BOYER (J.)<br>DEPARIS (M.)                                                                               |
| Médecine légale            | { DEROBERT (L.)<br>GAULTIER (J.)                                                                           |
| Neurochirurgie             | N...                                                                                                       |
| Neurologie                 | { SEZE (S. DE)<br>GRASSET (J.)<br>LEPAGE (F.)<br>MAYER (M.)<br>MERGER (R.)<br>RAVINA (J.)<br>VARANGOT (J.) |
| Ophthalmologie             | { OFFRET (G.)<br>DESVIGNES (P.)                                                                            |
| Oto-rhino-laryngologie     | { HALPHEN (E.)<br>Pr. s. ch.<br>MADURO (R.)                                                                |
| Parasitologie              | BRUMPT (L.)                                                                                                |
| Parasitologie coloniale ff | CHABAUD                                                                                                    |
| Pathologie chirurgicale    | { ABOULKER (P.)<br>BAUMANN (J.)<br>GOSSET (J.)<br>HUGUIER (J.)                                             |

## MM.

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pathologie chirurgicale  | { LAURENCE (G.)<br>LEGER (L.)<br>OLIVIER (Cl.)<br>PADOVANI (P.)<br>POILLEUX (M.)<br>ROUX (M.)<br>RUDLER (J.-C.)<br>VERNE (J.-M.)                                                                                                                                           |
| Pathologie expérimentale | MERKLEN (P.)                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Pathologie médicale      | { BERNARD (J.)<br>BOUDIN (G.)<br>CASTAIGNE (P.)<br>CONTE (M.)<br>DECOURT (J.)<br>DOMART (A.)<br>DREYFUS (G.)<br>FAUVERT (R.)<br>HAMBURGER (J.)<br>KOURILSKY (R.)<br>MILLIEZ (P.)<br>PERRAULT (M.)<br>RAMBERT (P.)<br>THIEFFRY (St.)<br>TURIAF (J.)<br>N...<br>N...<br>N... |
| Pédiatrie                | { LAPLANE (R.)<br>MARIE (J.)<br>LEVY (Mlle J.)<br>Pr. s. ch.<br>CHEYMOL (J.-H.)<br>Pr. s. ch.                                                                                                                                                                              |
| Pharmacologie            | BARGETON (D.)                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Physiologie              | { Pr. s. ch.<br>PARROT (J.-L.)                                                                                                                                                                                                                                             |
| Physique médicale        | { DJOURNO (A.)<br>GOUGEROT (L.)                                                                                                                                                                                                                                            |
| Psychiatrie              | BARUK (H.)                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Psychiatrie infantile    | MICHAUX (L.)                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Stomatologie             | CHAPUT (M <sup>me</sup> A.)                                                                                                                                                                                                                                                |
| Thérapeutique            | PERRAULT (M.)<br>chargé d'enseigner                                                                                                                                                                                                                                        |
| Urologie                 | KUSS (R.)                                                                                                                                                                                                                                                                  |

### III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

#### RAPPELES A L'EXERCICE

#### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BRINDEAU (A.) (*Obstétrique*), GATELLIER (J.) (*Clinique chirurgicale*),  
LE LORIER (V.) (*Obstétrique*), VAUDESCAL (R.) (*Obstétrique*)

### IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

#### CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

#### A TITRE PERMANENT

| MM.                         |                 | MM.                         |                 |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|
| Clinique<br>chirurgicale .. | { AMELINE (A.)  | Clinique<br>médicale ....   | { MARCHAL (G.)  |
|                             | { MENEGAUX (G.) |                             | { SOULIE (E.)   |
|                             | { PATEL (J.)    | Clinique<br>obstétricale .. | { DIGONNET (L.) |
|                             | { SICARD (A.)   |                             | { ECALLE (G.)   |
| Clinique<br>médicale ....   | { BOULIN (R.)   | Clinique<br>ophtalmologique | RENARD (G.)     |
|                             | { BROUET (G.)   |                             |                 |
|                             | { CACHERA (R.)  | Clinique<br>urologique ...  | COUVELAIRE (R.) |
|                             | { GARCIN (J.)   |                             |                 |
|                             | { HAGUENAU (M.) |                             |                 |

#### MM.

Secrétaire de la Faculté ..... MOREL (J.)  
Secrétaire-adjoint ..... Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur ..... Docteur HAHN (A.)  
Bibliothécaires ..... { M. DOUAN (G.) ; Mlles DUMAITRE (P.),  
GOICHON (A.-M.), LE NOIR (G.),  
METIN (F.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

A MA FEMME

A MON FILS

A MES AMIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN DELAY

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale

Médecin des Hôpitaux de Paris

Docteur ès-Lettres

Chevalier de la Légion d'Honneur

*C'est son enseignement qui détermina  
notre orientation vers la psychiatrie et  
assura nos premiers pas dans cette voie  
nouvelle.*

*Il a bien voulu nous confier ce travail.  
Qu'il en soit ici remercié.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BARUK

Médecin-Chef de la Maison Nationale de Santé  
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.*

*En témoignage de respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GIROUD

Membre de l'Académie de Médecine  
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur de nous  
recevoir dans son Laboratoire et dont le  
souriant enseignement nous a ouvert des  
horizons nouveaux.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. DESCLAUX

Chevalier de la Légion d'Honneur

*C'est à lui que nous devons la meilleure part de notre formation. Il fut toujours pour nous un soutien et un guide très sûr.*

*Son souvenir restera ineffaçable.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PICHOT

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

*Il a bien voulu nous guider et nous  
conseiller tout au long de ce travail.*

A MES MAITRES  
DANS LES HOPITAUX DE PARIS ET DE LYON

A MES MAITRES  
DANS LES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

— 1948 - 1952 —

## INTRODUCTION

---

A la Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale, quatre observations assez semblables ont été recueillies au cours d'une même année. Elles présentent la particularité de mettre en évidence un thème délirant peu connu qui pourrait être qualifié de délire psychologique.

Dans chacun de ces cas la construction délirante était apparue au cours de psychoses de diagnostic très différent. Il ne s'agissait pas de créer une nouvelle entité nosographique mais de considérer les problèmes soulevés par ces observations.

Tout d'abord ces sujets étaient tous des psychologues. La discipline à laquelle ils appartenaient les avait-elle « intoxiqués » ? Cette notion de toxicité avait été signalée par M. HEUYER à propos de la psychanalyse employée comme méthode de traitement chez certains psychopathes. Mais ici existait un délire dont tous les éléments étaient d'ordre psychologique. Le phénomène était donc différent d'une simple appétence toxico-maniaque.

Par contre chez tous ces malades on retrouvait une similitude frappante des conflits vécus tant du point de vue social, affectif que sexuel : pour tous, leurs essais de libération se soldaient par un échec.

La fuite devant cet échec pouvait alors expliquer l'apparition du délire. La notion de rationalisme morbide rendait compte de l'identité du thème délirant ; la construction pathologique de tous ces sujets n'étant que l'abstraction des principes acquis au cours de leurs études. Ainsi celles-ci, loin de leur apporter des données nouvelles, les avaient en quelque sorte ramenés à un stade infra-logique. Il y avait eu retour à une mentalité

primitive et par analogie, aux grandes étapes de la vie de l'Homme, on pourrait désigner ces psychologues sous le nom générique « d'homo-psychologicus ».

Enfin ces observations posaient un problème pratique, celui de l'orientation professionnelle de ces spécialistes. Après une telle rationalisation morbide, pouvait-on les laisser continuer dans la même voie ?

---

## CHAPITRE I

### HISTORIQUE

---

Avant d'aborder l'étude de ces délires à thème psychologique, il est nécessaire de rappeler brièvement les principales étapes qui ont marqué l'étude de la psycho-pathologie des phénomènes délirants.

La notion même de délire fut longue à se constituer.

La folie fut en effet considérée comme une maladie à évolution aiguë. C'était la phrénétis ou maladie sacrée de la période hippocratique.

C'est SORANUS, d'Ephèse, qui le premier distingua la phrénétis de l'aliénation mentale.

Mais il faut attendre PINEL et ESQUIROL pour que la notion de délire apparaisse. Ils décrivent en effet la lypémanie qu'ils opposent au délire en général.

Par la suite, trois auteurs : FALRET, LASSÈGUE et MOREL, complètent cette notion de lypémanie. Dès lors le délire a acquis droit de cité dans la nosographie psychiatrique.

Mais la première théorie explicative est due à MAGNAN. Il la formule lorsqu'il décrit les bouffées délirantes des dégénérés. Pour cet auteur, le délire est lié à une dégénérescence mentale.

A la même époque, en Allemagne, le délire s'identifie avec la paranoïa. WETSPHALL décrit à côté de la paranoïa chronique une forme aiguë : c'est l'acute primäre Verrucktheit. KRAFT EBING décrit ces cas sous le nom de délire hallucinatoire : hallucinatorischer Wahnsinn.

KRAEPELIN simplifiant énormément la classification des maladies mentales, ne reconnaît plus le délire en tant qu'entité morbide. Il ne retient que deux grands groupes de faits : la folie maniaque dépressive d'une part, les formes chroniques d'autre part, qui réunissent la paranoïa et la démence précoce.

Cependant, dans ce pays, des essais d'explication du délire ne tardent pas de nouveau à apparaître. C'est ainsi que BLEULER fait entrer le délire dans la schizophrénie. Il explique ce dernier par la dissociation des fonctions du Moi. Le Moi a perdu sa fonction d'intégration. Il ne peut plus reconnaître certains faits qui émanent de sa personnalité, il les attribue alors à des phénomènes extérieurs.

DE CLÉRAMBAULT a créé la notion d'automatisme mental, déjà entrevue par BAILLARGER en 1845. Pour qu'il y ait automatisme, il faut non seulement que le phénomène psychique surgisse malgré la volonté, mais encore qu'il ne soit reconnu par le Moi comme émanant naturellement de la personnalité. Cette théorie est donc opposée à la doctrine classique qui admet l'explication affective des délires.

Henri EY a créé l'organo-dynamisme basé sur le principe de l'étagement des niveaux et du contrôle des niveaux inférieurs par les supérieurs.

Un trouble mental ne peut se manifester sans atteinte globale d'un niveau. Une maladie mentale est donc constituée par :

1° des symptômes négatifs relevant de la destruction d'un niveau;

2° des symptômes positifs résultant de la libération des niveaux inférieurs restés sains. La plupart des délires sont dus à la destruction des niveaux de contrôle. Si cependant le délire coexiste avec la conservation d'une personnalité vigoureuse, EY apparente le délire au rêve. En effet, le type de dissolution psychique globale le plus authentique est le sommeil qui engendre le rêve (symptôme de libération).

Une des dernières théories en date est celle de la conception biologique des délires soutenue par GUIRAUD. Pour lui, la vie instinctive primitive est hormo-thymo-ossitique. C'est-à-dire qu'il y a trois éléments : un élément dynamique vital, une teinte

thymique agréable ou pénible, un élément pulsionnel. La maladie délirante résulte d'une anomalie partielle ou globale du dynamisme psychique primordial qui le rend inadaptable à la réalité. Les causes qui perturbent les composantes instinctives en les empêchant de s'intégrer aux fonctions réalistes du Moi sont multiples. Elles peuvent agir soit sur le substratum anatomique (tréponème, alcool), soit sur le dynamisme fonctionnel (chagrins accumulés, chocs émotifs).

En dernier lieu enfin, nous considérerons les théories de l'Ecole phénoménologique ainsi appelée parce que son fondateur JASPERS a adopté une attitude très particulière : il se borne à l'étude du phénomène psychique conscient tel que le malade l'éprouve. Cet auteur, analysant le phénomène délirant, en arrive à cette conclusion que la conviction du malade dépassant toute connaissance certaine de la vérité, implique une transformation de la personnalité « que nous ne saurions décrire ni à plus forte raison formuler en concept ».

On peut schématiquement distinguer deux tendances parmi ses disciples. Les uns restent strictement fidèles à cette attitude. Ils étudient les sentiments qui accompagnent le délire. C'est ainsi que WETZEL analyse le phénomène de la fin du monde dans la schizophrénie, MAYER GROSS l'atmosphère extraordinaire du délire oniroïde. Cette tendance aboutit à BISWANGER qui étudie la manière d'être de l'individu dans le monde, tandis que MINKOWSKI décrit les troubles du temps vécu. C'est la conception existentialiste de l'Ecole phénoménologique.

D'autres disciples suivent une voie légèrement différente. Ils ont malgré tout essayé de comprendre le phénomène délirant en lui-même.

Déjà ADLER, qui n'est pas un phénoménologue, avait envisagé le délire comme une fuite, comme une recherche de la sécurité.

KRONFELD va plus loin. Etudiant la réaction délirante, il conclut que « le contenu du délire est l'effort grandiose de la personne pour retrouver son soi-même qui est menacé ».

SCHULTE estime également que la fuite est la réaction logique de celui qui a perdu toute assurance en lui-même : cette

évasion pouvant se faire dans un autre genre de vie ou bien un nouvel équilibre se créant, mais au détriment de la personnalité du sujet. Dans le second cas, se produit une altération subjective intérieure, le délire de persécution apparaît et c'est alors que le contact avec le milieu extérieur redevient possible. Henri EY adopte le même point de vue lorsqu'il dit : « Le conflit perpétuel entre ce qui est et ce que nous sommes à travers les multiples mécanismes de la croyance, voilà ce que nous retrouvons à la source de tous les thèmes délirants ».

Poursuivant cette étude, KAHN apporte une notion nouvelle : le délire est la projection extérieure d'antinomies intérieures. C'est un symbole « d'esseulement », ce qu'il résume en disant « plutôt combattre le monde entier ou souffrir du monde entier que d'être seul ».

Pour GRUHLE et KEHRER, l'esseulement est aussi la grande cause du délire. Mais ce sentiment leur paraît identique dans les délires primaires et secondaires. KUNZ, au contraire, distingue nettement l'esseulement qui est le propre du délire psychogène, de la solitude qui se rencontre dans la schizophrénie. Cette analyse minutieuse lui permet d'individualiser dans la démence précoce, à côté du délire primaire, un délire secondaire beaucoup plus rare.

Ce rapide historique de la psycho-pathologie du délire nous montre la complexité du problème. Nous verrons dans quelle mesure ces données classiques permettent d'expliquer l'apparition du délire dans nos observations.

---

## CHAPITRE II

### OBSERVATIONS

---

Dans ce chapitre, sont groupées les quatre observations.

#### OBSERVATION N° I

*Thérèse M..., étudiante en psychologie, trente ans.*

La malade est hospitalisée dans le service de la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale pour un délire dont le début remonte à environ neuf mois.

Elle préparait alors un certificat de psychologie à la Sorbonne et suivait notamment les cours du professeur L... Elle fut très impressionnée par l'enseignement de la psychanalyse et commença peu à peu à se croire elle-même l'objet d'une telle investigation psychologique.

Elle avait l'impression que toutes les personnes qui l'entouraient et plus particulièrement les membres de sa famille, participaient à ce traitement sous la direction du professeur L... Tous les individus qui l'approchaient cessaient progressivement d'entretenir avec elle des relations sociales, amicales, professionnelles ou familiales normales. Chacune de leurs paroles devait susciter un rappel du passé ou une expérience dans le cadre de la psychanalyse.

Peu à peu, le nombre de gens qui participent à l'expérience augmente : le conducteur de l'autobus lui fait des signes, elle en arrive même à suspecter les livres qui parviennent chez elle, les émissions de radio, les coups de téléphone.

Un ami d'enfance participe également à cette analyse. Elle refuse de le voir, désirant préserver pour l'avenir les relations affectives qui ont existé autrefois.

Après son entrée dans le service, elle englobe bien entendu les médecins dans ce même système. Les autres malades ne sont pas de vrais malades, mais ils jouent leur maladie. Si même parfois elle admet leur trouble mental, elle sait qu'une importante sélection a été faite dans un but précis, celui de l'analyser.

Il existe ainsi toute une organisation centrée sur elle qui l'isole du monde extérieur. Celui-ci lui devient hostile, elle en souffre et sa propre personnalité se désagrège. Elle veut se dégager de cet état, c'est pourquoi elle cherche à opérer ce qu'elle appelle sa « réintégration intérieure et extérieure ». Pour effectuer cette reconstruction, elle fait appel à la méthode psychanalytique. Elle s'applique à découvrir dans les propos ou dans les attitudes de ses camarades des allusions à son passé. Elle espère ainsi pouvoir analyser ses tendances actuelles et en faire leur synthèse. Alors autrui n'aura plus besoin de jouer un rôle. Elle sera libérée de cette surveillance constante qu'elle perçoit comme une influence étrangère à sa volonté.

Le centre de toute cette organisation est apparu d'emblée. C'est le professeur L... Il a utilisé cette technique spéciale en mobilisant, pour la mener à bien, tous les gens qui sont autour d'elle. Il tente cette expérience parce qu'il a « toujours tout su sur elle », il la suit depuis son enfance. Cette investigation psychologique a été pour elle une révélation qui lui a permis de mieux comprendre ses rapports avec les siens, d'expliquer toute sa vie affective. C'est en cela que cette psychanalyse lui est nécessaire. Elle se rend compte maintenant qu'elle a toujours détesté sa famille. Elle respectait son père mais a gardé contre lui des ressentiments à cause de la froideur et de l'indifférence qu'il lui manifestait lors de son adolescence. Elle n'estime pas sa mère qui ne l'a jamais comprise. Elle l'a, en réalité d'ailleurs, toujours détestée. Seul son frère fait exception. Il a été très gentil pour elle et leur affection mutuelle était sincère. Mais la vie les a séparés, elle ne peut plus compter sur lui. Ses amis, enfin, l'ont abandonnée. Elle s'est séparée d'un aveugle avec qui elle vivait, et n'a pas continué à voir un de ses patrons avec lequel elle avait envisagé une union.

Devant ce vide affectif, il était logique que la malade chercha un refuge. Elle l'a trouvé chez le professeur L...

Il s'agit donc d'une construction délirante indiscutable apparue au cours d'une période de surmenage intellectuel, chez une jeune fille qui a présenté de façon concomitante de graves troubles du comportement.

L'histoire de la maladie nous renseigne à ce sujet.

Le début des troubles remonte au mois de mai 1951. A cette époque, son attitude change et devient étrange. Ce ne sont d'abord que de simples remarques : « des choses bizarres se passent », sa mère, son frère et elle-même ont mal à la bouche, le téléphone fonctionne sans arrêt, plusieurs locataires veulent vendre leur appartement.

Peu à peu, elle cesse tout travail et elle conclut : « Je ne serai pas reçue à mes examens, je ne me présenterai pas ».

Par la suite, les bizarreries du comportement augmentent. Après de très courts instants consacrés au ménage, elle s'enferme des heures entières dans les water-closets ou dans la salle de bain. Elle y prend des attitudes hiératiques. Certains jours, elle refuse de se lever, de manger. Elle n'accepte pas la nourriture qu'on lui propose mais se prépare des plats très salés, très vinaigrés.

Son opposition est très marquée. En particulier, elle ne se plie à aucun traitement. Le professeur L... recevant ses nombreuses lettres, lui envoie un médecin dont elle refuse de suivre les indications, notamment son admission à Henri-Rousselle. Elle se présente ensuite à différentes consultations sans jamais tenir compte des prescriptions. Ce n'est qu'au bout de neuf mois qu'elle accepte d'entrer à l'hôpital, encore faut-il lui préciser que cette hospitalisation fait partie de sa psychanalyse à distance.

A cette période, elle indique qu'elle a le sentiment d'un changement de son Moi. Elle a l'impression d'une désagrégation de ses facultés intellectuelles et cela va nécessiter une synthèse nouvelle. Elle n'est plus en accord avec le monde extérieur qui a également changé. Dans la rue, les passants ont une attitude curieuse à son égard.

A partir du mois de juillet, elle se réfugie dans un autisme de plus en plus accentué. Elle cesse toutes relations avec ses amis, elle abandonne même son meilleur camarade car il fait partie du complot. Elle ne voit plus sa mère, refuse de lui ouvrir la porte de sa chambre. Elle annonce à sa famille qu'elle ne prendra pas de vacances, elle préfère rester seule. Au cours de cette période de solitude, elle écrit d'interminables lettres au professeur L...

Il s'agit là de préoccupations érotomaniaques. Elles se sont portées sur un de ses professeurs, qui est de plus médecin et psychanalyste. En fait, il ne la connaît pas et ne l'a jamais vue en particulier, elle-même ne l'a rencontré que lors de ses cours à la Sorbonne. Elle n'a pas cherché à le connaître davantage, elle ne s'est jamais présentée à lui. Il ne s'agit donc pas

d'une érotomanie passionnelle avec sa communion amoureuse, l'attention générale du monde, les interprétations incessantes, les réactions typiques : recherche, démarche, poursuite, voyage; son évolution en trois stades : espoir, défi, rancune. Mais c'est une érotomanie non passionnelle telle que l'a décrite BOREL, un simple délire au cours d'une psychose dissociative.

On se trouve donc en présence d'une réaction paranoïde chez une schizophrène, ainsi que l'indique le contexte clinique : bizarreries du comportement, opposition, changement du Moi et du monde extérieur, autisme, solitude absolue.

Elle a évidemment exprimé sous une forme délirante une partie de ses préoccupations conflictuelles familiales. En particulier, elle a remplacé son père par le professeur L... Et celui-ci n'a pas l'indifférence paternelle puisqu'il « la connaît depuis toujours et a toujours tout su sur elle ». Il s'occupe d'elles puisqu'il la psychanalyse. Elle peut également donner libre cours à son ressentiment contre sa mère. Elle dit dans son délire qu'elle la déteste. Par contre, elle ne parle pas de son frère avec qui l'entente fut toujours facile.

Mais elle a mis au service de ce délire ses connaissances didactiques. Son détachement du monde extérieur ne paraît qu'à peine ébauché car il y a eu rationalisation morbide et les lois de la psychologie qu'elle a apprises à la Sorbonne masquent en partie cet état dissociatif.

Et cependant l'évolution du processus schizophrénique peut se retrouver tout au long de ses antécédents.

Elle est la benjamine d'une famille de deux enfants. L'aîné étant un garçon. Entre un an et trois ans, elle habite chez sa grand-mère maternelle. Quand sa mère la reprend, elle a une période d'anorexie : elle mange peu et difficilement, elle refuse les fruits et la viande. Durant toute son enfance, aucun contact réel ne s'établit avec sa mère. Celle-ci a reçu une éducation religieuse extrêmement stricte et souhaite que ses enfants aient une formation plus libérale. Aussi ne lutte-t-elle pas contre cette tendance et laisse son enfant se développer librement.

Elle a également peu d'amies au lycée et par la suite elle les perdra toutes de vue.

Seul son frère fait exception à la règle. Entre eux existe une véritable intimité qui persiste malgré les séparations que la vie leur a imposées.

En classe, c'est tout d'abord une élève studieuse et brillante, mais vers l'âge de quinze ans son rendement scolaire baisse et elle n'occupe plus

que les derniers rangs. Elle fait cependant un effort au moment du baccalauréat et passe successivement sans échec ses deux parties. Après cet examen, elle vit chez ses parents, reçoit une formation de sténo-dactylo et travaille pendant quelque temps comme secrétaire.

En 1942 se manifeste le premier véritable trouble du comportement. Elle a vingt et un ans et son père meurt du mal de Bright. Elle demande sa part d'héritage et va habiter dans un hôtel au Quartier-Latin.

Elle prétend préparer une licence en droit, mais en réalité elle s'intéresse à un aveugle avec lequel elle vit. C'est elle qui le conduit, qui tape ses cours en Braille, qui l'aide dans ses études. Elle est encore reçue par sa mère qui lui fait quelques travaux de couture et de raccommodage. Son frère est alors en Algérie.

En 1946, au cours d'un séjour en Angleterre pendant lequel ses parents n'ont pas de nouvelles, elle se sépare brusquement de son compagnon aveugle qui poursuivait des études de droit international. Elle revient en France et par la suite les seules paroles qu'elle prononcera relativement à cette situation seront « ce que j'ai pu être poire ».

En 1948, elle retrouve sa mère et ce sont de part et d'autre de grandes démonstrations de tendresse. Elle est affectueuse, prévenante, de façon étonnante et inhabituelle chez elle. Elle dit : « Je ne veux pas me marier, si je me marie ce sera avec quelqu'un de gentil ».

Elle est beaucoup mieux adaptée et accepte un emploi de secrétaire. Un jour, elle annonce qu'elle est fiancée avec son patron. Elle fait des projets d'avenir sur ce mariage. Comme ils ne se réalisent pas (et sa famille n'a jamais pu savoir s'ils étaient fondés), elle abandonne son travail. Elle devient à nouveau fermée et indifférente.

Très rapidement d'ailleurs, elle annonce à sa mère qu'elle veut faire ses études de psychologie. Elle demande un prêt qu'elle remboursera en fin d'études.

On a peu de détails précis sur ses antécédents familiaux. Du côté paternel, on ne signale aucune tare héréditaire. Un oncle maternel, par contre, serait mort interné. On ne peut préciser le diagnostic. On sait simplement qu'il « était un peu exalté, sa femme ne le comprenait pas ».

Dans le service, sous l'influence du traitement, le délire s'est peu à peu dissipé.

On s'est tout d'abord adressé à la méthode de Sackel. Au trentième coma insulinique, on ne note pas de changement du thème délirant. A cette

date, on associe un traitement sismothérapique : un électro-choc tous les jours. Quinze jours après, la malade est confuse. Elle est désorientée dans le temps et dans l'espace, elle reconnaît mal les gens. Elle dit avoir assisté la veille au cours du professeur L... Mais elle ne le connaît pas, elle n'a pas eu de relations épistolaires avec lui. La confusion est totale.

C'est alors qu'on cesse l'insuline et les chocs.

Une semaine après, elle sort de sa confusion. Elle interroge son entourage pour essayer de s'orienter et de se situer. L'amnésie est encore importante, mais elle organise assez bien ses souvenirs avec les renseignements qu'on lui fournit. Elle a trouvé une lettre qu'elle a écrite, il y a quelques mois, au professeur L... Elle ne s'en souvient pas, s'en étonne, critique.

Six semaines après le traitement, il persiste de gros troubles de la mémoire. Le délire est complètement oublié, ou plus exactement elle est incapable de l'évoquer spontanément, mais elle en a reconnu le thème principal quand on le lui a rappelé.

Elle continue à s'intéresser à la psychologie. Elle voudrait savoir si elle parviendra à être guérie des troubles psychiques qu'elle a présentés, et cela d'une façon assez durable pour reprendre ses études. Autrement, elle ne se reconnaît pas le droit de les poursuivre.

Elle pose la question de savoir si le fait qu'elle s'intéressait davantage à la psycho-pathologie qu'à la psychométrie n'était déjà pas une manifestation morbide.

Elle est transformée. Elle a la sensation qu'elle trouvera un équilibre qu'elle n'a jamais connu jusqu'à présent. Elle a également l'impression de renouer un contact avec sa mère.

Elle est partie en convalescence au « Châlet des Etudiants », à Combloux. Un mois après, aucun élément délirant ne se retrouvait dans ses discours ou dans son comportement, mais l'agressivité vis-à-vis de sa mère avait repris.

Par la suite, elle n'est plus revenue dans le service.

## OBSERVATION N° II

*Jean A..., vingt-neuf ans, secrétaire commercial.*

Monsieur A..., secrétaire commercial, âgé de vingt-neuf ans, se présente à la consultation du service libre de la Clinique des maladies mentales

et de l'encéphale au mois de mars 1951. Il accuse une inadaptation vis-à-vis de son entourage et il se plaint d'une baisse de son rendement professionnel et surtout de nombreuses obsessions : phobie des microbes, de la maladie, obsessions sexuelles.

On pensa à une réaction psychasthénique et un traitement par narco-analyse fut conseillé. A la troisième séance, se manifeste un état d'agitation avec impulsivité et élasticité qui entraîne son internement dans le service fermé. Cet état se calme peu à peu. Il est confié à un nouveau psychanalyste, et au bout d'un mois le malade quitte la clinique.

Immédiatement après sa sortie, apparition d'un délire à thème de persécution. Il se croit en danger. Il se sent surveillé par la police, les agents le filent dans toutes ses démarches. Il est pris d'une telle panique qu'il va même jusqu'à déposer une plainte au commissariat avec demande d'éclaircissement. C'est alors que son père le ramène pour le faire admettre au service libre.

Dès son entrée, Jean objective son délire sans aucune réticence. Dans le service fermé, il suivait un traitement par narco-analyse pour ses obsessions, en particulier pour ses obsessions homo-sexuelles. Mais à sa sortie, la police, de connivence avec son frère, a pris connaissance de son dossier médical. Elle a fait cela parce qu'autrefois le malade avait commis des indécrotesses. En 1947, notamment, il fut un trafiquant du marché noir. C'est pourquoi la justice le punit. Elle ne lui inflige pas un châtiment pénal, mais elle « a ouvert sa psychanalyse à tous ». Elle empêche sa guérison par l'immixtion de tierces personnes dans son analyse et par la suppression de son psychanalyste. Jean a cependant pensé tout d'abord qu'il pourrait se passer de lui. Au cours des séances, celui-ci ne lui répondait pas, il était donc inutile. Aussi a-t-il essayé de poursuivre seul, et malgré la police, son traitement. Mais il n'a obtenu aucun résultat. Voulant guérir malgré tout, il entreprend la reconstruction de son Moi par l'analyse de ses souvenirs : il faut les faire émerger dans le champ de sa pensée. Ce rôle est dévolu aux malades qui l'entourent. Mais ils le traitent mal puisqu'ils n'ont aucune connaissance médicale. Pour pallier à toutes ces difficultés, il a adopté la méthode suivante. Il commence par essayer de savoir si tel geste, ou telle phrase, est ou non de la psychanalyse. Puis il interprète ce geste, cette phrase, les coupures de journaux que lui donnent ses voisins. Il rapporte le tout à ses souvenirs inconscients et à ses obsessions homo-sexuelles. Cela est d'autant plus difficile qu'il est seul, sans recours possible à son psychanalyste. Il a peur de commettre des erreurs. Il vérifie

très souvent ses souvenirs et cherche ainsi à la lumière de son entourage la source de ses conflits.

Ce délire d'ailleurs satisfait un penchant du malade. Le besoin de protection semble dominer chez lui et la sortie est sa plus grande crainte. Il a besoin d'être protégé, il faut qu'on s'occupe de lui. Or, les malades psychanalystes l'entourent et il espère bien qu'ils sauront le retenir à Sainte-Anne, où il se sent en sûreté. Ceci est si vrai que lorsque le délire évoluant, il commence à prendre une relative conscience de ses troubles ; il peut dire : « Bien sûr, c'est mon délire. C'est fou de penser que mon frère a pu être de connivence avec la police. Je sais bien qu'il n'y a pas de policiers, mais je ne peux pas vivre autrement ».

Ce penchant semble bien en faveur d'un état psychasthénique et l'histoire de la maladie confirme cette hypothèse.

L'épisode délirant a été précédé et déclenché par un état obsessionnel. Le malade n'avait pratiquement jamais de rapports sexuels. Cette situation l'inquiétait et il s'est alors posé la question d'une homo-sexualité latente. Il passait son temps à analyser ses réactions lorsqu'il était à côté d'un homme ou d'une femme et, à son bureau, cet état entraînait une baisse importante de son rendement professionnel. D'autres obsessions apparaissaient dans le champ de sa conscience, notamment la peur d'avoir contracté une maladie vénérienne.

Cet état obsessionnel a motivé la première consultation du malade dans le service, et c'est à la troisième séance de narco-analyse que se situe l'épisode d'agitation psycho-motrice.

Il est curieux de constater qu'une fois interné, c'est-à-dire dès qu'il s'est senti entouré, protégé, les obsessions ont diminué. Confié alors à un nouveau psychanalyste, celles-ci ont disparu rapidement ainsi que l'anxiété qu'elles avaient engendrée. Il se sent léger, libéré, « heureux comme il ne se souvient plus d'avoir été ».

Lorsque son psychanalyste lui conseille la sortie, l'anxiété réapparaît aussitôt. Il s'ingénie alors à retarder au maximum cette éventualité et, immédiatement après avoir quitté l'hôpital, le délire se constitue.

La présentation du malade est également particulière. Ses phrases écrites ou parlées sont longues, amphigouriques, recherchées, le débit lors de l'élocution est lent. Il a le culte du terme précis et la difficulté qu'il éprouve à définir exactement ses troubles donne à sa conversation un aspect étrange.

Il ne s'agit pas probablement de barrages, mais de troubles du cours de la pensée qu'on retrouve chez de grands psychasthéniques.

Cette même structure mentale s'extériorise dans certaines explications de son délire. « J'ai été interné pour des troubles mentaux mineurs, dit-il, ils n'étaient pas graves, je n'étais donc pas fou. Mais le fait d'avoir cru en certaines choses qui n'existaient pas, et en particulier aux policiers, démontre que j'ai déliré et par conséquent que je n'étais pas mentalement équilibré. Actuellement où je me crois sain d'esprit, ne suis-je pas encore en train de délirer ? »

Les tests confirment étroitement ce diagnostic. Le test de Rorschach met en évidence quelques signes en faveur d'une épilepsie selon RORSCHACH et PIETROWSKI, mais on ne retrouve pas de dissociation schizophrénique. Par contre, dominant ainsi qu'au Minnesota les composantes dépressives, psychasthéniques et obsessionnelles. Il n'y a pas de détérioration pathologique du niveau intellectuel. Ces tests permettent donc de faire abstraction de la schizophrénie.

Un autre élément en faveur de ce diagnostic nous est fourni par l'étude de ses antécédents personnels.

Il a été élevé par sa grand-mère maternelle dès l'âge de treize mois. Sa mère meurt alors qu'il avait quatre ans. Son père se remarie cinq ans après. Il se souvient que, tout enfant, il était timide et coléreux. Il ne pouvait rester seul chez lui car il devenait très anxieux.

A douze ans, véritable angoisse de mort. Peur de la maladie pour lui et les siens. Apparition des premiers rites conjuratoires : s'arrêter brusquement d'écrire, ne pas entrer dans une pièce sans avoir touché trois fois certains objets.

A quatorze ans, nouvelle angoisse de la mort à l'occasion du décès d'un de ses camarades.

De seize à vingt-deux ans, les troubles sont mineurs. Il s'agit de phobie, phobie des maladies, des microbes, de la folie, crainte d'abus sentimentaux et sexuels. Il travaille mal en classe, il est cependant bachelier à dix-sept ans, puis entreprend des études de philosophie et de psychologie au Centre universitaire méditerranéen.

A vingt-deux ans, obligé de gagner sa vie, il entre au service commercial d'une usine de produits chimiques. Les résultats sont excellents, mais lorsqu'on envisage de lui confier un poste supérieur, les obsessions réapparaissent.

sent, il s'y ajoute de la rumination intellectuelle. Son travail devient impossible.

Il commence en 1943 un premier traitement psychanalytique qu'il interrompt rapidement pour se soumettre à des électro-chocs. Il n'a pas de résultats appréciables.

Il reste employé dans cette usine jusqu'en 1946, date de sa démission motivée par l'irrégularité trop importante de son travail.

Pendant deux ans, il vit de marché noir et de différents trafics. A cette époque, il constate une disparition de l'anxiété et des obsessions.

Ce n'est qu'en 1948 qu'elles réapparaissent. Au bout de quelque temps, il vient consulter à la clinique. On lui conseille à nouveau un traitement par narco-analyse.

L'étude de ses antécédents familiaux révèle quelques faits intéressants.

Il est significatif de constater que son père est inspecteur de police. Le malade le décrit comme un timide, un obsédé qui dissimule assez bien ses troubles. Il s'agit en fait d'un paranoïaque agressif, parfois violent, surtout avec les femmes. Il aurait eu des crises asthmatiformes émotionnelles.

Sa mère est décédée alors qu'il avait quatre ans. On ne possède pas de renseignement précis sur elle.

Quant à sa belle-mère, elle est autoritaire. Le malade se dispute fréquemment avec elle.

Une cousine germaine du côté maternel serait internée.

Dans la famille paternelle, d'origine Corse, il y a eu de nombreux mariages consanguins. Une cousine serait également internée.

L'évolution de cet accès délirant semble aussi confirmer un état psychasthénique.

Le malade est d'abord renfermé. Entièrement occupé à méditer sur ses antécédents et ses conflits, il ne fraye avec ses voisins que pour retrouver certains souvenirs inconscients. Cet état se prolonge pendant environ deux mois où il refuse de quitter la salle. Peu à peu son anxiété diminue. Il devient plus sociable et descend au jardin où il travaille une partie de l'été.

Ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'il abandonne sa construction délirante et accepte de la critiquer. Il est gêné en cela par ses tendances psychasthéniques qui l'obligent à un contrôle minutieux de ses pensées. Nous l'avons déjà vu, il ne peut accepter l'idée d'avoir déliré.

Cependant, sous l'influence de l'ergothérapie, d'une psychothérapie légère, il finit par retrouver son équilibre et accepte de faire un nouvel essai de vie sociale.

Il est revu après sa sortie au bout de trois mois et ne présente aucun phénomène délirant. Ses obsessions, cependant, n'ont pas complètement disparu, mais elles sont compatibles avec une certaine activité.

### OBSERVATION N° III

*Jean-Louis B..., étudiant en philosophie, vingt-huit ans.*

Monsieur B... entre le 19 novembre dans le service fermé de la Clinique. Il vient de l'Infirmierie spécial du dépôt, où il a été conduit après avoir présenté une crise d'excitation idéomotrice. Il a mené un grand tapage dans son hôtel et a cassé une vitre, puis s'est agité dans la rue, les agents l'ont alors arrêté.

D'origine Tchèque, étudiant en philosophie à la Sorbonne, Jean-Louis se présente bien et parle correctement le français. Il s'exprime cependant dans un véritable jargon philosophique pour tout ce qui touche à son délire.

Le malade s'attache en effet à résoudre le problème de la paix sociale et mondiale. Pour cela, il faut réaliser une véritable entente entre les différentes nations. Une réunion préliminaire des délégués des différents pays : Kominform, Conférence de Strasbourg, Commonwealth, U.S.A., aurait lieu à Paris. Cette réunion aurait pour but de définir les normes de la cité future qui serait la « Cité de la Paix ». Pour que le bonheur règne dans cette cité, il faudrait qu'elle soit dirigée par « l'Inspectorat ». Celui-ci ne pourrait être composé que de philosophes et de psychologues. En effet, dans le futur, les hommes seront régis non plus par des lois juridiques qui n'ont aucun sens, mais par des lois psychologiques et philosophiques, et ainsi seront supprimées toutes les sources de conflit.

En fait, l'Inspectorat serait dirigé par Monsieur HEIDEGGER, celui-ci est en réalité son père que l'entourage du malade croyait mort par accident, mais qui en fait avait disparu pour se consacrer à la construction de la paix mondiale.

L'Inspectorat aura pour principales tâches de définir les normes psychologiques et philosophiques des différents peuples. Ensuite, il créera et façonnera l'homme et la femme « existentiels » et spirituels. L'union de ces

deux êtres apportera le bonheur car il supprimera toute possibilité de conflits raciaux.

Cette construction est la partie centrale et en quelque sorte stable du délire. Mais suivant les jours, on note de grandes variations dans les aspects de sa pensée. C'est ainsi qu'il envisage successivement le problème des criminels de guerre, la position du roi d'Angleterre dans le conflit mondial. Tous ces problèmes sont vus uniquement du côté psychologique. Il essaye de définir des normes psychologiques telles que les criminels de guerre seront condamnés sans même que le tribunal se réunisse, que le roi d'Angleterre abandonnera sa couronne pour devenir un simple citoyen.

Sa conversation est alors émaillée d'expressions toutes faites, telles que « conflit entre sa passivité et son activité », « poussées du ça ». Les phrases sont assez décousues. La désorientation dans le temps et dans l'espace est complète, on a l'impression de se trouver en face d'une bouffée délirante polymorphe avec un vaste délire abstrait de systématisation philosophique et psychologique du monde et négation de la mort de son père.

L'histoire de la maladie confirme d'ailleurs cette hypothèse.

Le début est en rapport avec un surmenage physique et des préoccupations affectives et sexuelles inhabituelles chez lui. Depuis un mois, il souffrait de douleurs gastriques et vomissait souvent. Il perdait du poids. Il alla consulter à Beaujon pour ces troubles. On le traita pour une amibiase intestinale.

Quinze jours après, apparition d'insomnie avec agitation nocturne. Un soir, il s'était même promené dans les corridors de l'hôtel avec un flambeau, symbolisant l'inconsciente tendance à réaliser son vœu de position stable. Il était irritable, anorexique et présentait en outre des céphalées.

Dix jours avant le début de la crise, il aurait été l'objet de la part d'un étudiant roumain de propositions homo-sexuelles qu'il repoussa violemment. Il en fut très affecté, nous dit sa tante.

La veille de sa crise, il se réveilla la nuit avec une céphalée importante. Le monde lui sembla étrange. Mais il resta calme et le matin se leva comme à l'ordinaire. Le jour même, ses sentiments deviennent des « impressions vagues ». A l'usine, il sent que sa machine lui devient étrangère. Il est pris de peur devant elle à tel point qu'il perd le « contrôle de son Moi ». Il explique qu'il avait l'impression d'une « dissociation entre son Moi et le monde, une inversion des rapports, son Moi était passif ». Il ne pouvait plus se concentrer sur sa machine, celle-ci devenait « immaniable ». Les

choses lui paraissaient bizarres. Il se sentait entouré par un milieu oppressant, étrange mais non hostile. Il ne reconnaissait plus le monde environnant.

Rentrant chez lui, il marche de long en large à vive allure devant la porte de son hôtel par jalousie, pour surveiller la sortie éventuelle de sa fiancée. Dans sa chambre, sous l'influence d'un automatisme pur, il se met à hurler son nom. Il a l'impression de ne pas se commander. Il sort à nouveau pour prendre contact avec le monde extérieur. Il se met à déambuler en criant et en gesticulant. C'est alors que les agents le conduisent à l'Infirmierie spéciale.

Ce début brutal avec agitation, ce délire mal systématisé et variable, la désorientation partielle du malade dans le temps et dans l'espace, sont bien en faveur d'une bouffée délirante polymorphe chez un déséquilibré. Cependant le sentiment d'étrangereté et de changement du monde extérieur, le caractère abstrait et philosophique du délire, le peu de succès de ses études en France évoquent un épisode délirant schizophrénique qu'il est impossible d'éliminer avec certitude.

A la lumière de ses antécédents personnels, Jean-Louis paraît plus déséquilibré qu'apragmatique.

Il refuse de donner des renseignements sur son enfance. Il ne parle jamais de sa mère, il nous a simplement dit que son père était mort accidentellement alors qu'il avait neuf ans. Sa tante confirma cette déclaration.

Il passa le baccalauréat tchèque à l'Institut français de Prague, puis il suivit pendant deux ans des cours à l'Université de cette ville, et il fut reçu aux examens de psychologie. Il apprit le russe, l'anglais et il travailla un peu l'allemand. Ses études ne l'empêchaient pas d'avoir des activités extérieures : tennis, cercle culturel protestant. Il faisait partie de la Young Man Christian Association.

En mars 1948, un désaccord le pousse à s'évader clandestinement de Tchécoslovaquie, abandonnant sa famille à Prague. Il a refusé de nous donner les raisons de ce changement. Il fait un voyage mouvementé, sans argent, à travers l'Allemagne où il est interné dans un camp de personnes déplacées. Il obtient enfin un visa pour la France où il arrive en août 1948.

Il reste au refuge pour étudiants tchèques de la Cité universitaire jusqu'en octobre 1948. La Faculté des lettres lui accorde une bourse pour deux ans. Il suit des cours de philosophie à la Sorbonne mais échoue à l'examen de propédeutique en 1949 et en 1950, aux sessions de juin et

d'octobre. Il échoue également à la session de juin 1951, mais il est reçu à celle d'octobre.

Il se livre, en même temps, à de multiples activités. Il rédige en particulier un journal pour étudiants tchèques. Il est rapidement en faillite. A la fin de sa bourse, il reçoit un peu d'argent de la Young Man Christian Association.

Puis en mars 1952, il entre comme ouvrier spécialisé dans une usine de plastique; le soir il travaille comme étudiant. Entre temps, le malade avait retrouvé une de ses cousines à Paris. Ils s'étaient fiancés et vivaient ensemble à l'hôtel. Ses premières relations sexuelles dateraient de cette époque.

Il nous a été impossible de recueillir des renseignements précis en ce qui concerne ses antécédents héréditaires. Le malade s'est refusé à répondre à toute question à ce sujet. Sa tante a observé la même attitude.

L'évolution de la maladie fait également pencher le diagnostic en faveur d'une bouffée délirante polymorphe.

En effet, rapidement l'agitation du malade cessa. Il devint très vite calme, cordial. Il rattacha alors cette phase d'agitation à une tension mentale croissante, à la fatigue. Cependant, il ne critiqua pas immédiatement ses idées délirantes. Il était poursuivi par cette idée de paix sociale et mondiale qui ne pouvait être réalisée que par des psychologues.

D'ailleurs, avant de faire la critique véritable du délire, il présentait ses idées comme déjà soutenues par d'autres auteurs et il se reportait constamment aux ouvrages qu'il avait lus.

Peu à peu il abandonne son système et c'est alors que l'on voit apparaître sur son lit des ouvrages tels que « Manuel de comptabilité », certaines œuvres de Shakespeare ou de Bertrand Russel, le tout en anglais.

On note cependant une certaine réticence en ce qui concerne ses idées philosophiques et la persistance très atténuée du sentiment d'étrangeté du monde extérieur. C'est pourquoi la sortie n'est envisagée qu'après une observation plus prolongée.

#### OBSERVATION N° IV

*Paul A..., vingt-neuf ans, psychologue.*

Paul, âgé de vingt-neuf ans, poursuit des études d'ethnologie et de sociologie. Il consulte dans le service parce qu'il est dans l'impossibilité

absolue d'écrire les deux thèses et les deux mémoires qui doivent clore ses études.

En effet, il semble présenter dans sa vie une intoxication pathologique par ses préoccupations psychologiques, l'ensemble de ses relations avec le monde extérieur ne pouvant s'établir que suivant des normes socio-psychologiques.

C'est ainsi qu'il devine en lui l'esprit logique de son père et la sensibilité de sa mère. Il a l'impression qu'une synthèse se fait en lui. Il en est satisfait car cette synthèse réalise un type « rationo-affectif » qui correspond parfaitement à l'objet de ses études intellectuelles. Il a une totale confiance en lui du point de vue intellectuel et culturel.

Sa méthode de travail est également rationalisée. Pour lui existent ce qu'il appelle de bonnes phases, au cours desquelles il a une « créativité » non seulement consciente mais inconsciente. Il a l'esprit inductif et déductif. Entre ses lectures, il rêve dans la rue, il rêve la nuit, et le matin au réveil, brusquement le fruit de son travail de la veille lui apparaît. L'élaboration intellectuelle est facilitée par la marche. Ce sont des moments privilégiés, non pas d'illumination mais d'hyperidéation. Ce comportement en face du travail ne lui apparaît pas comme pathologique mais comme « a-normal », terme spécial qu'il explique en disant qu'il ne « s'inscrit pas dans les normes habituelles d'un milieu socio-ethnologique donné ». Le terme qui est le plus voisin est paradoxal, mais ce mot ne lui semble pas assez exact. De même ses idées sont « a-normales ». En effet, il dit devancer de plusieurs années ses professeurs. Ses indications historiquement anormales devenant plus tard normales, il en conclut qu'elles n'étaient pas à l'époque anormales mais a-normales.

Cette rationalisation se retrouve en ce qui concerne l'objet de ses futurs travaux. Ceux-ci demeurent, mais ils ont perdu toute base avec la réalité. Bien que traitant des sujets d'ethnologie, ils sont tellement spéculatifs qu'ils sont dénués de toute possibilité d'applications pratiques. Deux exemples sont particulièrement démonstratifs.

Lorsqu'il se promène dans la rue, il voit tout en ethnologue. C'est ainsi qu'il analyse l'amplitude et la fréquence des gestes, l'énonciation verbale et les caractéristiques physiques des gens. C'est d'après ces données qu'il distingue les catholiques et les protestants. Il y a une sous-expression chez le protestant, une sur-expression chez le catholique. Il a prétendu avoir rapidement identifié comme protestante une secrétaire d'un bureau où il

travaillait. Mais il ne s'est jamais préoccupé de vérifier cette hypothèse, la considérant comme démontrée. Il reconnaît toutefois qu'il peut lui arriver de commettre des erreurs, mais il les met à profit à tel point qu'il ne retombe jamais deux fois dans la même.

Le deuxième exemple est une étude qu'il voudrait faire sur les bornes lumineuses routières des différents pays. Il estime en effet que, d'après les caractéristiques de ces bornes, on peut en déduire un certain nombre de caractères sociaux et ethnologiques du pays.

Sa théorie est résumée dans le schéma suivant.



Ces deux exemples permettent de saisir le passage d'une théorie rationnelle au délire. Cette désadaptation de la réalité est d'ailleurs le signe dominant de l'histoire de la maladie.

Paul, en effet, n'est pas venu consulter pour ses troubles délirants avec lesquels il s'accommode parfaitement. Mais il se trouve à l'heure actuelle obligé d'écrire quatre thèses pour terminer ses études :

- une thèse pour les Sciences sociales;
- une thèse pour les Hautes Etudes sociales;
- un mémoire pour le Collège des sciences sociales;
- un mémoire pour l'Ecole nationale de documentation.

Or il est dans l'impossibilité absolue de rédiger ces documents. Il est curieux de noter que cette incapacité d'écrire ne porte que sur son travail scientifique. Il n'éprouve aucune difficulté en face d'une correspondance banale et se sent même capable de faire un bon secrétaire. Il peut exposer oralement ses travaux, faire des conférences, mais il est totalement inhibé devant leur rédaction parce que la perfection de l'expression lui échappe.

Il dit lui-même qu'il s'agit d'une « inhibition de rédaction sur le plan scientifique et technique ».

Ces troubles de l'adaptation se marquent dans d'autres domaines, en particulier dans son accoutrement. Le malade brave le ridicule et la première fois qu'il est venu dans le service, il s'est présenté avec un calot militaire et un sac de femme porté en bandoulière. Il ne tolérait aucune plaisanterie à ce sujet. Par la suite, il nous expliqua cette tenue. Le calot militaire est la coiffure qui convenait le mieux à ses normes psychologiques, quant au sac en bandoulière, il s'agissait d'un instrument très pratique qui permettait de transporter une série d'objets qu'on ne peut avoir dans une poche.

Sa conversation révèle également les mêmes troubles. Paul paraît de contact facile, intelligent, mais l'entretien avec lui est très laborieux car il a le souci constant de préciser sans cesse sa pensée. Il n'avance rien qu'il ne situe aussitôt dans les plans « idéologique, sociologique, étiologique, intellectuel et affectif ».

Il estime qu'il serait d'ailleurs mieux adapté aux normes sociologiques du Danemark, pays où règne l'ordre et la propreté. Il faut noter à cet égard qu'il vivait dans une pièce pleine de livres et de graphiques.

Du point de vue affectif, Paul semble n'avoir eu un véritable contact qu'avec sa mère. Il n'aimait pas son père qui lui a fait subir des « sévices verbaux et économiques ». Quant à son amie avec laquelle il vit depuis trois ans, il n'avoue l'aimer que pour corriger aussitôt : « Elle me convient et je lui conviens ».

Paul se définit lui-même du point de vue caractériel lorsqu'il se dit cyclothymique et névrosé. Il en donne pour preuves trois manifestations apparues lors de ses dépressions : des accès de dysenterie, une attaque d'asthme d'allure hypocondriaque, un mal de gorge, enfin, la gorge étant pour lui le « miroir de l'état névrotique ».

Ces troubles sont apparus progressivement et le malade ne peut fixer la date de leur apparition.

Dans ses antécédents personnels, on retrouve les mêmes difficultés d'adaptation.

Le malade étant né quatre ans avant la réalisation légale du mariage, n'a porté le nom de son père qu'à cette époque. Elevé par son grand-père maternel, qui fut la grande affection de son enfance, ce n'est qu'à quatre ans qu'il revient chez ses parents dont le système d'éducation est moins libéral. Sa scolarité débute par deux essais infructueux. Les deux fois il est renvoyé

pour coprophagie. Ce n'est qu'à six ans qu'il peut fréquenter régulièrement l'école.

A douze ans, il a son certificat d'études primaires.

A treize ans, il réussit un concours d'entrée dans un collège moderne, mais son père étant malade, une tante maternelle l'écarte de la famille. Il passe alors un an chez des amis à Grenoble. C'est grâce à ce contact avec un milieu différent du sien qu'il commence à s'intéresser aux problèmes moraux et sociaux, reprochant à l'histoire classique d'être uniquement politique, sans aucun élément sociologique.

A sa puberté, une expérience sexuelle malheureuse repousse toute préoccupation de cet ordre pour des années.

Pendant la guerre, il partage son temps entre quelques emplois rémunérateurs qu'il n'occupe chaque fois que quelques mois, et des études par correspondance poursuivies sans relâche. Ce sont des années de lecture et de réflexion.

Après un séjour dans l'Armée de l'Armistice, il se fixe à Paris, et obtient en 1945 une bourse pour l'Ecole nationale de documentation (section sociale). Il y passe deux ans et fait en même temps du droit. Il entre ensuite à l'Ecole des hautes études sociales et au Collège des sciences sociales, puis à la section des sciences sociales de la Sorbonne.

Il poursuit ces études depuis cinq ans avec quelques absences liées à des dépressions.

En 1948, il part dans les Cévennes pour préparer une étude sociologique du pays. Mais il s'aperçoit que les documents à réunir nécessitent une équipe de travail et des moyens économiques importants. Il revient à Paris pour démontrer à ses professeurs la nécessité de former des équipes réunissant des spécialistes des diverses branches. Cette initiative lui attire des antipathies.

C'est au cours de ce voyage qu'il a rencontré l'amie avec laquelle il vit à l'heure actuelle.

A cette époque, il a également été nommé professeur dans une école départementale de l'assistance sociale dans les Cévennes (sociologie économique), mais les conditions de travail l'ont découragé.

Pour l'instant, ses conditions de vie sont misérables. Des questions d'argent et la santé de son amie le préoccupent.

Ses antécédents héréditaires se réduisent à peu de chose.

Son père était employé aux chemins de fer. Il a présenté de longues phases de dépression avec tentatives de suicide.

Sa mère était douce, sans grande volonté.

Il est l'aîné de quatre enfants. Il a cinq ans de plus que le second.

L'évolution de la maladie est essentiellement chronique. Sous l'influence du repos, de l'absence de soucis matériels du fait de son hospitalisation, l'adaptation du malade au milieu extérieur s'améliore et il reprend une certaine sociabilité. Au bout de trois mois environ, les bizarreries de son accoutrement avaient disparu, il semblait plus affectueux vis-à-vis de son amie, son commerce avec les médecins devenait plus facile.

Quant à son délire, en ce qui concernait sa méthode de travail ou ses projets sur ses études futures, il n'avait pratiquement pas changé, mais le séjour hospitalier ayant entraîné une sédation notable de ses troubles, il envisageait sérieusement d'écrire ses thèses dès sa sortie .

Deux mois après, il avait commencé la rédaction d'un mémoire, et ce travail, disait-il, n'était plus au-dessus de ses forces.

---



### CHAPITRE III

## **SIMILITUDES ET DIFFERENCES DE CES OBSERVATIONS**

---

La première partie de ce chapitre sera consacrée à l'analyse des points communs présentés par ces observations. On les retrouve dans la construction délirante et les réactions qu'elle entraîne vis-à-vis de l'entourage, dans les études entreprises par ces sujets, enfin, dans leur vie conflictuelle.

Les différences relevées dans ces quatre cas sont étudiées dans la deuxième partie. Elles sont d'ordre clinique. Ce sont elles qui permettent le diagnostic de la maladie mentale ayant donné naissance au délire. C'est dire leur valeur car elles permettent de fixer le pronostic de chacun de ces cas.



## SIMILITUDE DE LA CONSTRUCTION DELIRANTE

Dans ces observations, le fait capital est l'importance prise par la psychologie dans le délire de ces malades.

Les deux premiers se sont réfugiés dans un monde psychanalytique et l'on retrouve dans leur construction morbide les bases classiques d'une psychanalyse orthodoxe.

Parmi les principaux éléments de cette méthode, on reconnaît d'emblée le mécanisme du transfert. En définitive, les malades ont adopté comme thérapeutes les mêmes personnages : leurs voisins de chambre.

Thérèse s'est cru psychanalysée par le professeur L... et le transfert affectif a été d'emblée positif. Elle reconnaît qu'il s'est substitué à son père car « il a toujours tout su sur elle ». L'indifférence paternelle n'existe pas chez lui, c'est pourquoi la malade se soumet à sa volonté. Mais le professeur L... est trop occupé pour pouvoir diriger Thérèse personnellement. Il confie son rôle de thérapeute à l'entourage du sujet.

Jean n'a pas, au début tout au moins, de directeur de psychanalyse, la police le lui ayant supprimé dans l'intention d'empêcher sa guérison et de le maintenir à l'hôpital. Dans une première étape, il se console en pensant qu'il était inutile du fait qu'il restait silencieux au cours des séances. Mais très vite il se rend compte qu'il ne peut poursuivre son analyse avec ses propres ressources. Dans une deuxième étape, « son dossier ayant été ouvert à tous », il se confie à son entourage. Dès lors le transfert est établi et, malgré leur incompétence, ce sont ses voisins de lit qui vont le guider dans la recherche de ses souvenirs.

On retrouve chez ces deux malades un autre élément d'une psychanalyse orthodoxe : le rattachement des troubles de leur comportement à leur vie conflictuelle. Thérèse comprend tout à coup qu'elle déteste sa famille, sa mère en particulier. Dès lors, elle peut expliquer les anomalies de sa conduite : sa fuite à l'hôtel lors de la mort de son père, son aventure avec son

compagnon aveugle. Jean connaît ses tendances homosexuelles, il leur attribue en partie son échec social et c'est au trafic frauduleux auquel il s'est livré pendant la guerre, qu'il rattache sa désintégration et sa mise en observation par la police.

Enfin le but poursuivi par ces malades est identique à celui d'une analyse thérapeutique : la reconstruction de leur personnalité par la liquidation de leurs conflits. Pour atteindre ce but, ils vont s'appuyer sur la notion freudienne de refoulement. L'existence de leurs conflits est liée à l'inassouvissement de leurs pulsions instinctives et cela au cours de circonstances très précises. Ils doivent donc revivre leur passé pour en faire surgir leurs traumatismes affectifs. Ce sont les allusions de leur entourage qui vont leur permettre de retrouver les faits oubliés. Par la suite, ils se livrent à un véritable inventaire de leurs souvenirs pour ne retenir que ceux qui furent traumatisants au point de pouvoir créer un conflit.

Les deux autres malades se sont réfugiés dans un monde psychologique. Pour eux, il ne peut y avoir d'existence en dehors de cette science.

Jean-Louis envisage un gouvernement supérieur à celui de tous les peuples, ce sera l'Inspectorat. Il dirigera les hommes suivant les seules lois de la psychologie. Tout sera jugé en fonction des normes de cette discipline, et c'est parce qu'on observera ses principales règles que seront supprimés les conflits entre les hommes et les peuples. L'aboutissement de telles institutions sera la création d'une race nouvelle issue d'un couple dépourvu de tous complexes, le couple existentiel. Il s'agit donc d'un monde édifié sur les règles de psychologie enseignées à la Sorbonne, mais ici elles sont singulièrement vidées de tout leur contenu positif. Il n'en subsiste en quelque sorte que le schéma.

Le délire de Paul est tout aussi imprégné de psychologie. Il ne transforme pas le monde mais lui applique d'une façon absolue les principes de la psychologie et en tire des conclusions qu'il applique avec rigidité. Il se croit capable, grâce à ses études, de pouvoir indiquer la religion de quelqu'un à première vue. Il circule accoutré bizarrement, sac de femme en bandoulière, calot militaire sur la tête. Enfin, il soumet sa propre person-

nalité aux normes psychologiques et tâche de situer ses idées à la fois dans les plans sociologique, ethnologique et psychologique. C'est alors qu'il est paralysé par ses préoccupations et qu'il devient incapable de tout travail intellectuel.

On retrouve ainsi dans ces quatre observations un noyau délirant identique, c'est la psychologie qui en constitue le seul élément. Celle-ci a imprégné la vie de ces malades et a pénétré les moindres parcelles de leur activité au point qu'ils ont perdu contact avec le monde réel. Ceci est d'autant plus frappant qu'ils se contentent de principes abstraits acquis au cours de leurs études.

Dès lors, leur opposition avec leur milieu ne va pas tarder à se manifester.

#### OPPOSITION VIS-A-VIS DE LEUR ENTOURAGE.

Les malades des deux premières observations expliquent par cette investigation psychanalytique l'attitude anormale qu'ils ont adoptée vis-à-vis de leur famille. Thérèse a compris depuis cette expérience qu'elle déteste sa mère. C'est pourquoi elle ne suit plus ses conseils, elle est même allée jusqu'à lui interdire l'entrée de sa chambre.

Jean également extériorise ses ressentiments contre son père. Dès sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire dès le début de son délire, il quitte son père qui devait l'emmener en convalescence. Il en fait par la suite son principal accusateur vis-à-vis de la police.

A l'hôpital, tous les gens qui les entourent sont des psychanalystes ou des psychologues. Tous deux ne croient pas à la maladie mentale de leurs voisins, pour eux ce sont de faux malades qui agissent en tant que psychologues et qui leur font poursuivre leur psychanalyse. Aucune exception à ce système. Les médecins sont englobés dans cette construction et les choses elles-mêmes possèdent ce pouvoir d'évocation. Ainsi, pour ces deux malades, se trouve complètement transformée, et d'une façon identique, la nature des rapports affectifs et des relations de voisinage.

Jean-Louis perçoit également une modification dans ses rapports avec son entourage immédiat, notamment avec sa fiancée. Pendant deux jours, en effet, il la surveille. Il a perdu confiance en elle. Pour lui, elle n'est pas encore la femme existentielle, elle est donc capable de le tromper, c'est pourquoi quelques instants avant son arrestation il reste posté devant son hôtel pour surveiller sa sortie éventuelle.

Déjà dans son pays devait exister une modification de ses rapports avec sa famille, avec sa mère en particulier. Il est en effet curieux de constater que depuis son départ de Tchécoslovaquie, c'est-à-dire depuis plusieurs années, il ne s'est pratiquement pas occupé d'elle.

Quant à Paul, il n'a manifesté aucune souffrance à la mort de son père. Il motive son absence de chagrin par le fait que son père n'a pas compris sa vocation psychologique et, qu'en fait, il l'a même contrariée. Il se rappelle par contre, avec émotion et douceur, le séjour qu'il a fait chez des amis à Grenoble, dans cette famille où sa vocation de psychologue est née.

#### OPPOSITION VIS-A-VIS DU MONDE QU'ILS ONT CRÉÉ.

Chez aucun de ces malades, on ne constate d'indifférence à l'égard de leur construction délirante et leurs réactions présentent de très grandes similitudes.

Thérèse, dès le début, se plaint d'être surveillée. Les gens adoptent envers elle une attitude bizarre : « Ils lui font des signes ». Cela la gêne et elle renonce souvent à sortir pour éviter ces scènes. Les choses elles-mêmes ont acquis une signification nouvelle; les journaux, les livres, les émissions de radio évoquent des souvenirs personnels. Elle a constamment l'impression d'être surveillée. Cette sensation est d'ailleurs renforcée par le fait que le professeur L... s'occupe de problèmes sociaux, il peut donc mobiliser une grande quantité de gens pour épier ses faits et gestes.

Cette impression d'espionnage se retrouve dans la seconde observation. Jean se sait surveillé par la police à tel point qu'il va déposer une plainte au commissariat. Non seulement sa vie

extérieure est passée au crible, mais sa vie psychique est dévoilée à tout le monde puisque la police « a ouvert son dossier psychanalytique » à tous. Cette surveillance, il la ressent péniblement et tout au moins au début de l'accès, il refuse de parler pour essayer d'échapper à cette emprise. Comme Thérèse, il englobe dans son délire les livres, les journaux, les émissions de radio.

Jean-Louis a l'impression d'être soumis à des forces qu'il ne peut contrôler. Il avoue tout de suite vivre dans un monde étrange, oppressant. Il est anxieux. Il se croit obligé de déambuler dans les couloirs de son hôtel un flambeau à la main. Il se croit obligé de surveiller sa fiancée et de crier son nom. Le monde n'a plus les mêmes rapports avec lui. Sa machine lui devient étrangère, il ne peut la diriger. Comme il le dit si bien, elle est « immaniable ». Il est inquiet de tous ces changements, un sentiment d'angoisse l'étreint et c'est pour le combattre qu'il se précipite dans la rue à la recherche de ses anciennes sensations. C'est là qu'il se fait arrêter parce qu'il gesticule. Cette force psychologique qu'il perçoit en lui l'écrase. Elle lui impose une réorganisation du monde, mais les problèmes sont si nombreux qu'il est souvent découragé.

Quant à Paul, la psychologie fait partie intégrante de sa vie. Elle lui impose une règle de penser excessivement rigide et étroite. Il doit situer ses idées simultanément dans les plans sociologique, ethnologique et psychologique. Il ne peut donc pratiquement plus réfléchir et tout travail important devient impossible : il ne peut à lui seul envisager un problème sous ces trois aspects. Chaque fois qu'une étude lui a été confiée, il a dû l'abandonner car il retrouvait les mêmes impossibilités liées à l'imprécision de son travail. Il existe donc chez lui un véritable sentiment d'impuissance : il ne peut accéder à l'idéal psychologique qu'il ambitionne. Ses idées sont devenues de véritables abstractions, il ne peut plus les écrire. La logique de sa pensée est telle que des conditions idéales doivent être réunies pour qu'il puisse l'appliquer.

Ainsi, dans ces quatre observations, la psychologie pénètre la vie mentale de ces malades et l'attitude qu'ils adoptent vis-à-

vis de cette discipline qui s'impose à eux est très voisine. Ils la perçoivent d'une façon pénible, soit sous forme d'espionnage, soit sous forme d'action paralysante. Elle les oppresse et dans tous les cas les empêche d'agir. Ils ne peuvent harmoniser leur vie spéculative avec leur vie réelle.

### *Caractéristiques cliniques de ce délire :*

En résumé, si l'on voulait essayer de mettre en lumière les principaux éléments de ce délire, il faudrait en dégager les points suivants :

1° Il se caractérise essentiellement par son thème édifié uniquement sur la psychologie qui en constitue la trame et qui est à la base de toutes les interprétations. Le monde réel, comme chez tous les délirants, a perdu sa signification propre et dans le monde nouveau qu'ils créent, ces sujets ne présentent plus qu'une seule préoccupation : la psychologie. Ils sont devenus le centre d'un vaste système philosophique où seuls sont pris en considération les faits qui apportent des données psychologiques nouvelles.

2° C'est un délire scientifique et abstrait. Il est très différent de ces délires pseudo-scientifiques que l'on constate chez certains débiles. On retrouve en effet transposés, dans ces observations, un certain nombre de principes de psychologie enseignés à la Sorbonne. Mais ici, fait essentiel, ces principes sont présentés sous forme de données abstraites et idéales. Ils sont transformés et vidés en quelque sorte de leur contenu réel.

3° Il n'en reste pas moins que, s'appuyant sur certaines règles scientifiques, ce délire est resté logique et rationnel, tout au moins en apparence. En face de cette construction morbide, on ne peut manquer d'évoquer le syllogisme. C'est la même construction fragile où la plus petite inexactitude entraîne la chute de l'édifice. C'est ainsi que les principes auxquels se réfèrent les malades ont perdu toute valeur scientifique du fait qu'ils sont devenus de simples abstractions. Et comme dans le syllogisme, on retrouve la même forme de pensée incapable de synthèse et ne pouvant aboutir qu'à des conclusions restreintes par rapport aux données initiales.

4° Ce délire, malgré son aspect rationnel et logique, est perçu par les malades eux-mêmes comme une construction pathologique. C'est une force inéluctable qui s'impose à eux, à laquelle ils se soumettent avec peine, qui les oblige à de multiples vérifications et les paralyse dans leur activité.

5° Il entraîne une opposition avec le milieu extérieur, immédiate avec la famille, plus lointaine avec l'entourage. Il existe même une opposition avec les objets inanimés.

C'est donc un délire centré sur la psychologie. Il est scientifique, abstrait et logique. Il est ressenti comme une persécution et entraîne l'opposition du sujet vis-à-vis du milieu extérieur.

### SIMILITUDE DES ETUDES

Tous ces malades sont des psychologues. A un moment donné de leur vie, tous ont suivi les cours de cette discipline, certains l'ont abandonnée, d'autres ont persévéré, l'un d'eux se destinant même au professorat.

Thérèse, après avoir fait une tentative comme secrétaire, veut tout d'abord faire une licence en droit, puis après ses échecs matrimoniaux se dirige vers la psychologie. Elle s'inscrit à la Sorbonne à vingt-neuf ans, mais après quatre mois de cours le délire apparaît.

Jean, après son baccalauréat, poursuit ses études. D'emblée il se dirige vers la psychologie. Il part comme étudiant au Centre universitaire méditerranéen. Il y reste deux ans, mais ne travaille pas d'une façon régulière. A sa sortie, il ne possède pas de nouveaux diplômes.

Jean-Louis ne veut fournir aucun renseignement précis sur ses études de psychologie. Il les a faites à Prague, mais il refuse de mentionner les cours suivis et les certificats où il était inscrit. Il semble qu'il resta étudiant pendant trois ans mais échoua à ses examens.

Paul, depuis l'âge de treize ans, a été attiré par la psychologie, surtout par ses applications sociologiques. Il doit atten-

dre vingt-trois ans pour obtenir une bourse d'études. Il entre alors à l'Ecole nationale de documentation. Il y reste deux ans. A sa sortie, il continue ses recherches sociologiques. Il s'inscrit successivement aux Hautes-Etudes sociales, puis au Collège des sciences sociales et à la section sociale de la Sorbonne.

Il a été remarqué par plusieurs de ses professeurs pour son assiduité et la qualité de son travail. Il fut alors chargé d'un certain nombre de conférences, ensuite de cette étude sur les protestants cévenols. Ses thèses soutenues, il se destine au professorat.

Il ne s'agit donc pas de sujets qui ont eu une vague appétence pour des problèmes de psychologie. Leurs études ont été faites dans l'enseignement supérieur et les cours qu'ils suivaient permettent de les considérer comme des spécialistes. Et l'abstraction de cet enseignement, après des études les ayant préparés à une telle discipline, ne peut être considérée comme responsable de leur délire.

## SIMILITUDE DES CONFLITS VECUS

Au cours de l'existence de ces malades, certains problèmes se sont présentés, identiques chez chacun d'eux, et les conflits issus de leurs difficultés n'ont pu être résolus complètement.

Nous allons les étudier sous trois rubriques.

### LE PROBLÈME SOCIAL.

Dans toutes ces observations, on retrouve la même inadap-tation du sujet à son milieu ou à la vie.

Thérèse abandonne sa famille à la mort de son père pour aller vivre à l'hôtel. Elle prétend faire des études de droit. En fait, elle n'a aucune activité pragmatique, elle est incapable de s'occuper de son linge personnel qu'elle apporte chaque semaine à sa mère. Elle se lie avec un aveugle, le quitte, et demande à réintégrer le foyer. C'était reconnaître là son échec social.

Nouvel échec lorsqu'elle accepte de travailler comme secrétaire. Elle s'éprend de son patron et doit abandonner cet emploi.

Elle redevient étudiante, mais au bout de quatre mois l'apparition du délire interrompt cette nouvelle activité.

Ainsi à trente ans, cette étudiante n'avait encore jamais eu de ressources personnelles.

Jean, après son baccalauréat et les deux ans passés au Centre méditerranéen, bien que sans nouveaux diplômes, pouvait espérer une situation relativement importante. Or, il resta toujours cantonné dans des emplois subalternes qui n'exigeaient aucune initiative. Chaque fois qu'on songeait à lui confier un poste plus important, ses obsessions augmentaient. En définitive, il dut démissionner : son rendement était insuffisant. A l'heure actuelle, la liberté même lui fait peur et il préfère rester à l'hôpital où il se sent protégé.

Après la guerre, Jean-Louis n'a pu s'adapter aux conditions nouvelles de son pays. Ce sentiment dut être très puissant pour qu'il se décidât à franchir les différentes frontières qui séparent la Tchécoslovaquie de la France. Son adaptation n'a pas été meilleure à Paris. Il n'a pu terminer ses études de philosophie. Il fonde un journal pour étudiants étrangers qu'il laisse en faillite, et finit dans un emploi de manœuvre spécialisé.

L'inadaptation de Paul est tout aussi importante. On peut la suivre tout au long de sa vie. Il souffre dans sa famille et regrette son grand-père. A l'école, deux fois il est renvoyé pour coprophagie. C'est en quittant son foyer qu'il découvre sa vocation. A l'heure actuelle, il reconnaît qu'il ne se plie pas facilement aux normes habituelles de la vie en France. Il croit qu'il serait beaucoup mieux au Danemark, pays qui correspondrait bien à sa mentalité.

Le problème social, c'est-à-dire le problème de l'adaptation de l'individu à son entourage, s'est posé à tous ces sujets d'une façon impérieuse. Ils présentent tous une inadaptation très nette à leur genre de vie. Aucune réussite sociale parmi eux. Ils occupent toujours des postes de subalternes. Chaque tentative de libération qu'ils ont faite a été sanctionnée par un échec,

échec qu'ils ont ressenti d'une façon d'autant plus douloureuse qu'ils étaient familiarisés par leurs études avec la notion de sublimation.

#### LE PROBLÈME AFFECTIF.

En raison des troubles mentaux accompagnant le délire, il est normal de rencontrer de grosses perturbations affectives parmi ces malades.

Jean est très souvent heurté par son père. Dans un bal, celui-ci s'est vraiment présenté à lui sous forme de rival : « Je vais être le plus fort », lui a-t-il dit en lui ravissant sa cavalière. Cette mésentente est si forte que la réaction qui suit ne se traduit pas par un sentiment d'hostilité, mais plutôt par un acte inconscient de transformation de l'image du père. Il nous le dépeint comme quelqu'un de timide, alors qu'il s'agit d'un paranoïaque violent, autoritaire et parfois brutal.

Aucun lien d'amitié avec sa belle-mère. Les disputes sont fréquentes entre eux, et il n'arrive pas à combler ce vide affectif par des liens sentimentaux avec des jeunes filles : il vit dans la solitude.

Jean-Louis ne nous donne pas de renseignements sur sa famille. Il était relativement jeune lorsque son père est mort accidentellement. Sa mère s'est remariée et il est impossible de savoir quelles étaient ses relations avec son beau-père. Cependant, c'est sans regret qu'il abandonne sa famille. Il ne manifeste aucune émotion en parlant de sa mère dont il n'a que de très rares nouvelles.

On peut juger de son affectivité vis-à-vis de sa tante et de sa fiancée. Il ne parle pratiquement pas à sa tante. Il est très prévenant pour sa cousine, mais il s'agit plutôt d'une attitude polie que d'une véritable tendresse.

Paul n'aime pas son père qui lui a « fait subir des sévices moraux et verbaux ». Il quitta sa famille avant la cristallisation de ce conflit et les disputes importantes furent ainsi évitées. A la mort de son père, le malade fut chagriné mais d'une façon très superficielle. Par contre, l'attachement à sa mère est beau-

coup plus important. Il parle d'elle avec émotion et reconnaissance car « elle était très douce et très bonne ».

Il resta longtemps seul à Paris. Depuis quelque temps, il vit avec une amie. Il prétend l'aimer, mais pour lui l'amour est une question de convenance : « Elle me convient, et je lui conviens ». Cette affection est avant tout logique, raisonnable. Il n'en existe pas d'autres dans sa vie.

Thérèse s'estime incomprise de ses parents. Son père a été trop brutal à son égard et n'a pas répondu à son affectivité débordante. Quant à sa mère, « elle la déteste ». Vis-à-vis de ses liaisons, on peut penser à une érotomane. Elle semble très amoureuse de l'aveugle avec qui elle vit puisqu'elle le conduit, tape ses cours, l'accompagne en Angleterre. En fait, elle se sépare de lui sans véritable chagrin. Même attitude érotomaniacale vis-à-vis de son patron, puis du professeur L... En fait, il s'agit là d'une attitude dans laquelle il est impossible de retrouver une véritable passion.

Ainsi, du point de vue affectif, la vie de ces malades n'est pas équilibrée. Ils ne sont pas mariés. Tous ont eu des liaisons, mais elles ont été précaires et dénuées de leur part de sentiments affectifs intenses. Ils manquent de maturité, ils sont restés au stade infantile de l'attachement au père ou à la mère.

#### LE PROBLÈME SEXUEL.

Dans ce domaine, le facteur dominant est une nette composante homo-sexuelle chez les hommes.

Jean n'avait pas de rapports sexuels. Il a été soigné bien avant son délire pour des obsessions : il craignait d'être homo-sexuel et analysait ses réactions en présence d'un homme ou d'une femme. C'est d'ailleurs une allusion à cette homo-sexualité latente de la part de son psychanalyste qui entraîna un comportement d'une violence telle qu'il fallut l'interner. A l'heure actuelle encore, ce problème le préoccupe.

Jean-Louis semble avoir une vie sexuelle normale. Mais cet équilibre ne fut atteint qu'à l'âge de vingt-sept ans. Et de plus,

ce sont bien des propositions homo-sexuelles de la part d'un étudiant roumain qui ont déclenché l'épisode délirant à ce qu'affirme sa tante. Après la disparition de ce délire, Jean-Louis ne veut plus aborder ce problème.

Paul, vers l'âge de dix-sept ans, a fait une tentative sexuelle mais elle se solda par un échec. Il resta alors dans une continence absolue plutôt que de faire une nouvelle expérience. Son attitude paranoïaque ne lui permet d'ailleurs pas d'envisager une homo-sexualité même latente.

Quant à Thérèse, elle ne semble pas présenter les mêmes tendances.

Ainsi chez ces sujets, on retrouve un déséquilibre sexuel certain qui se traduit par une homo-sexualité, latente chez les hommes, et qui ne s'est jamais réalisée. Mais le problème existe, il les préoccupe et l'un d'eux a même commencé une psychanalyse pour réduire ces obsessions.

Ces trois problèmes : affectif, social et sexuel n'ont pas été résolus d'une manière satisfaisante. Il existe là une source permanente de conflits. Ces sujets ont peut-être essayé de les résoudre par leurs études, mais en fait celles-ci n'ont fait qu'accentuer la notion très nette de leurs incomplétude, ils n'en ont tiré aucun apaisement, l'anxiété ressentie s'est aggravée et il y a eu chez eux apparition d'un sentiment particulier que l'on pourrait appeler l'angoisse psychologique.

## DIFFERENCES

Les principales différences retrouvées dans ces observations sont imputables au contexte clinique.

Thérèse est une schizophrène. Dès l'âge de quinze ans, on note une baisse du rendement scolaire qui la fait régresser des premières places aux dernières. Elle se ressaisit cependant pour passer l'épreuve du baccalauréat. Mais ensuite elle se contente de vagues études de secrétariat, puis au cours d'une longue période elle abandonne toute activité intellectuelle. Elle ne suit pas ses cours de droit ; elle se contente de copier ceux de l'aveugle avec qui elle vit.

Son affectivité est très perturbée. Elle quitte sa famille à la mort de son père. Dans ces conditions le plus souvent, les liens qui unissent les membres d'une famille se resserrent. Elle, au contraire, abandonne sa mère à son chagrin. Même attitude discordante vis-à-vis de son ami et de son patron. Elle les abandonne sans regret après avoir semblé manifester envers eux le plus vif attachement.

Son voyage en Angleterre peut être considéré comme un voyage pathologique, car elle n'avait aucune raison et aucune possibilité de vivre comme étudiante dans ce pays.

Dans son délire enfin, on retrouve des éléments dissociatifs importants. Elle dit elle-même qu'elle a conscience de la « désintégration de son esprit », elle est incapable de faire la synthèse des événements qui la touchent, sa personnalité est différente, elle ne perçoit plus les choses sous le même aspect. Elle a l'impression que le monde extérieur a changé. L'apparition des troubles psycho-sensoriels a été progressive et ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines qu'elle a avoué « qu'on la psychanalysait à distance ».

Ainsi ce délire, dont le début a été insidieux et dans lequel on relève de nombreux éléments dissociatifs, confirme bien la notion de schizophrénie.

Chez Jean, le contexte clinique est très différent. On retrouve bien une baisse du rendement social puisqu'il ne peut gravir les échelons d'une carrière de secrétaire commercial, mais cette baisse de l'activité s'explique par ses obsessions, en particulier par sa phobie de l'homo-sexualité. Ces obsessions font d'ailleurs partie d'un syndrome psychasthénique plus étendu. Dans les circonstances graves de sa vie, on voit apparaître chez lui des rites conjuratoires. Il présente d'autres phobies telles que celle des microbes et celle de la maladie. Sa présentation est particulière, il parle lentement d'une façon recherchée, car il a le culte du terme exact. Il se réfère constamment aux auteurs classiques pour appuyer sa pensée.

Le délire est apparu brusquement après sa sortie qui peut être considérée comme le traumatisme déclenchant de l'épisode. On trouve d'ailleurs dans cette manifestation psychopathique de nombreux éléments oniroïdes. Tout d'abord la panique du début. Il abandonne son père qui devait surveiller sa convalescence. Il vit au milieu d'ennemis qui sont des policiers et c'est cependant au commissariat qu'il se réfugie pour échapper à cette persécution. Il est indécis lorsqu'il nomme son principal persécuteur, c'est tantôt son père, tantôt son frère. Il ne sait pas enfin s'il est psychanalysé par des policiers ou des psychanalystes.

Ainsi il s'agit d'un délire aigu évoluant favorablement vers la guérison, et la reprise des obsessions sexuelles confirme le diagnostic de psychasthénie.

Jean-Louis est un déséquilibré instable. Il abandonne son pays. Il ne nous a jamais donné les raisons de ce départ, c'est pourquoi il est logique de se demander quelle est la part de l'impulsivité dans cette décision. Arrivé en France, il poursuit ses études tout en ayant de multiples occupations. Il est à la fois fondateur et rédacteur d'un journal qui fait faillite, il s'occupe en même temps de tennis, de cercles culturels et religieux. Il échoue plusieurs fois à ses examens mais persiste toujours dans ses activités dispersées. Enfin cet intellectuel n'a pas été capable de trouver un emploi de secrétaire ou de commis aux écritures : il travaille à la chaîne comme manœuvre spécialisé.

Il souffre de cette déchéance sociale et son délire, qui est survenu au cours d'une période de surmenage, est une forme d'évasion de la réalité. Le malade, depuis quelque temps, avait repris ses études et suivait des cours du soir. Une dernière cause déclenchante doit être mentionnée : le traumatisme provoqué par les propositions homo-sexuelles d'un de ses amis. Le début de l'accès a été rapide, le malade continuait son travail et c'est à l'atelier que soudain se constitue le tableau clinique. Cette brusquerie du début chez un déséquilibré, évoque le diagnostic de bouffées délirantes des dégénérés, diagnostic qui semble confirmé par l'évolution vers la guérison, bien que certaines réserves soient à faire du point de vue schizophrénique, étant donné certains éléments dissociatifs.

Chez Paul, le tableau est très différent. Il est impossible de préciser le début du délire. Celui-ci, d'ailleurs, est parfaitement construit, sans aucune faille, sans aucune invraisemblance. L'intelligence ici a conservé toute sa vigueur. Elle justifie les idées délirantes par référence à un système psychologique enseigné à la Sorbonne.

Ce système délirant, d'ailleurs, extériorise l'orgueil du malade. Il nous explique qu'il est en effet un surhomme. Il a pensé bien avant ses professeurs ce qu'ils enseignent à l'heure actuelle, c'est pourquoi ses idées sont « a-normales ». Son mode de pensée, sa créativité sont également en dehors des processus communs. Enfin Paul ne se trompe pratiquement jamais; s'il le fait, il corrige lui-même ses erreurs.

Cette logique fausse, cette rigidité du jugement, cet orgueil démesuré évoquent une paranoïa. Les tests sont venus confirmer ce diagnostic.

Il est important de souligner ces différences cliniques. Ce sont elles qui servent de base au diagnostic de la psychose qui a donné naissance au délire. Elles permettent d'établir le pronostic de la maladie : curable dans certains cas, chronique dans d'autres.

## CHAPITRE IV

### DISCUSSION

---

L'étude de ces observations soulève deux problèmes :

L'un à vrai dire très classique. Des psychoses cliniquement très différentes aboutissent en fait à une réaction identique : un délire. Il semble que ce sont les données de l'Ecole phénoménologique qui expliquent le mieux cette évolution semblable. Ces quatre malades ont vécu les mêmes conflits et leur échec dans leur résolution a entraîné le même sentiment de solitude. C'est alors qu'est apparu le phénomène délirant.

Mais, et c'est là que réside le deuxième problème, les théories phénoménologiques ne peuvent expliquer l'identité du thème délirant. Il faut faire appel, pour rendre compte de cette similitude, à une autre notion classique : le rationalisme morbide. C'est donc un véritable trouble de l'intelligence que présentent ces spécialistes.

\*  
\*\*

#### 1. MOTIVATION DE L'APPARITION DE CE DÉLIRE.

Envisageons tout d'abord le premier problème.

La plus typique de ces observations est la troisième. Jean-Louis se sent seul devant le monde. Il a quitté sa famille, son milieu. Il a véritablement fui son entourage. Il s'est arrêté en France parce que la situation extérieure ne lui permettait pas d'aller plus loin. Dès sa fixation, les mêmes problèmes se sont

à nouveau posés. Il est seul à l'atelier où ses camarades ne sont pas du même niveau social que lui, seul devant sa machine qui ne peut combler ses aspirations, seul enfin en face de sa fiancée qui ne le comprend pas. Devant ce vide affectif, l'angoisse du malade s'est développée, puis le surmenage aidant, elle s'est cristallisée sous forme de délire.

Le même vide affectif pèse lourdement sur Paul. Il n'a aimé qu'une personne dans sa vie : son grand-père. Après son échec sexuel, il s'est lancé à corps perdu dans ses études. Il s'agit-là d'un phénomène de compensation qui se rattache à ce que Monsieur Jean DELAY a décrit sous le nom de paranoïa de compensation et qui a fait l'objet de la thèse de VERDEAUX. Malgré une liaison tardive, ce vide affectif reste inchangé, car cette femme ne le comprenait pas, n'ayant pas franchi le stade du certificat d'études primaires. Mais dans ses travaux intervient la paranoïa. Son jugement faux ne pouvait permettre un rendement normal de l'intelligence qui se perd dans des théories abstraites et ne cherche pas à s'appliquer à la réalité. Fausseté du jugement, intelligence apragmatique ne peuvent expliquer le délire. Il faut y joindre la solitude. C'est elle qui empêche tout apport nouveau, toute critique. Elle raidit Paul dans son attitude, il est obligé de l'exagérer pour la conserver et c'est ainsi qu'insensiblement il s'achemine vers le délire.

Jean est un psychasthénique obsédé. Interné pour agitation psycho-motrice à la suite d'une narco-analyse pour ses obsessions sexuelles, il se sent tout à coup entouré, protégé à l'hôpital. Il vit pendant quelque temps dans une tranquillité qu'il croyait à jamais abolie. Mais la sortie arrive et le sentiment de solitude apparaît dans toute son horreur. Le délire explose. Pour BISWANGER et JANET, il a remplacé son cérémonial obsessionnel (qui est déjà une attitude de défense) par des machinations de personnes ennemies.

Pour Thérèse, on doit envisager le diagnostic de schizophrénie. KUNZ a décrit dans la démence précoce, à côté du délire primaire, un délire psychogène qui serait plus rare. Il semble que dans le cas particulier il s'agisse bien d'un délire secondaire. En effet, le sentiment d'esseulement a dû être très fort

chez Thérèse; incomprise par son père, sa mère, elle est également abandonnée par ses amis : l'aveugle d'abord, son patron ensuite. Son frère aurait pu la soutenir dans cette période difficile, mais il était absent. Elle se réfugie alors dans une érotomanie vague et froide et le délire apparaît.

Chez tous ces sujets, le délire est donc la suite logique de leur sentiment de solitude. Ils ont vécu intensément, en partie à cause de leurs études, ce « conflit perpétuel entre ce qui est et ce qu'ils sont ». Leur insécurité était telle qu'il se sont évadés dans un monde nouveau.

\*  
\*\*

## 2. MOTIVATION DE L'IDENTITÉ DU THÈME DÉLIRANT.

L'explication de l'apparition du délire semble donc relativement simple. Par contre, il est plus difficile de rendre compte de l'identité du thème de cette construction morbide.

Une première hypothèse se présente tout d'abord à l'esprit. La psychologie a entraîné chez ces malades une déformation intellectuelle permanente qui se retrouve dans leur psychose et leur spécialisation, qui implique un bagage scientifique au-dessus d'une éducation moyenne, est cause de cette similitude. On ne retrouve pas ici simplement l'énoncé de quelques grandes lois psychologiques, mais bien dans chaque cas un véritable système philosophique organisé, très voisin de ceux enseignés à la Sorbonne. Le langage lui-même est très évolué, c'est celui de professionnels entraînés à cette discipline. Ainsi la spécialisation est à la base de toute cette construction morbide, elle est nécessaire, mais il ne s'ensuit pas qu'elle soit causale.

Bien des auteurs, et récemment encore BESSIÈRE dans son ouvrage : « L'hypno-analyse dans les états schizophréniques et l'automatisme mental », ont montré qu'en étudiant le thème d'un délire on retrouve très souvent sous forme de symboles les conflits inconscients qui préoccupent le malade. C'est le cas ici, où dans le monde nouveau qu'ils ont créé, ces sujets ne perçoivent plus leur échec et où existe même une surcompensation.

Thérèse aime et est enfin aimée par le professeur L... Jean est protégé par ses psychanalystes. Jean-Louis est à la place sociale qu'il mérite : il est à l'Inspectorat, il va pouvoir former le couple de ses rêves avec la femme existentielle. Quant à Paul, ses études lui ont permis d'expliquer l'attitude des gens, il les domine. Ici également le délire n'est donc qu'un symbole traduisant les conflits inconscients de ces sujets. Mais ces conflits sont parmi les plus simples, ils sont d'une grande banalité. Ils ne peuvent expliquer que leur traduction symbolique ait revêtu cette allure scientifique, que la vie intellectuelle de ces malades ait fait irruption en bloc dans le délire.

Pour essayer de comprendre cette identité du thème, il faut se souvenir des principales caractéristiques du délire : son abstraction, sa logique, son aspect pseudo-scientifique. Ces trois éléments orientent très vite vers la notion de rationalisme morbide.

Le rationalisme morbide fut considéré par ROGUES DE FURSAC au sens étroit du mot. Il s'agissait simplement d'une attitude autistique, le malade cherchant à s'isoler de l'ambiance et à poursuivre ses raisonnements avec ses seules possibilités intellectuelles, sans tenir compte de la réalité. Le trouble ainsi individualisé est donc essentiellement un trouble du jugement.

DIVRY avait envisagé le problème d'une façon plus large. Le déséquilibre de certains malades raisonneurs et intelligents était pour lui dû à l'abaissement de la fonction pratique du Moi d'une part, à l'hyperactivité de la fonction spéculative d'autre part. En sorte que la spécialisation à outrance était déjà pour lui l'indice d'un certain déséquilibre mental.

MINKOWSKI, dans son étude de la schizophrénie, élargit cette notion de rationalisme morbide. Il s'agit d'une construction souvent délirante, qui s'appuie sur des raisonnements scientifiques. Il n'y a pas de participation de l'affectivité, c'est pourquoi ce trouble se retrouve principalement chez les schizophrènes.

Le rationalisme morbide est cependant une manifestation qui peut se rencontrer en dehors de la démence précoce, mais pratiquement toujours chez des intellectuels. On peut admettre

qu'il s'agit d'une abstraction de principes scientifiques qui perdent toute leur valeur du fait qu'ils ne recouvrent plus la réalité. Dès lors, la construction qu'ils sont chargés d'étayer n'a plus de base, elle peut donc être délirante.

Cette notion de rationalisme morbide apparaît nettement dans les cas présentés, en effet :

*Les malades s'isolent de leur entourage et poursuivent leurs raisonnements avec leurs seules possibilités intellectuelles.*

Thérèse se retire dans sa chambre, refuse les visites, ne part pas en vacances car elle prétend avoir une tâche importante à accomplir. Pendant plusieurs semaines elle écrit de longues lettres au professeur L..., en même temps qu'elle se lance seule dans sa propre analyse.

Jean pense qu'il va pouvoir supprimer son psychanalyste, et que, grâce à ses connaissances, il va lui-même reconstruire son Moi. Il est obligé d'avoir recours aux autres pour faire surgir ses souvenirs, mais c'est en définitive lui seul qui contrôle les allusions de son entourage pour savoir si elles se rapportent bien à son passé et à ses conflits.

Jean-Louis édifie son système de l'Inspectorat en dehors de toute activité scientifique. Il est manœuvre spécialisé dans une usine de plexiglass lorsque le délire éclate. A cette époque, il ne suivait que quelques rares cours du soir. Cet enseignement ne se retrouve pas dans son délire.

Paul, dans son travail, est conseillé, semble-t-il, par ses professeurs à la Sorbonne. En réalité, c'est en solitaire qu'il poursuit sa tâche scientifique. Le sujet des bornes routières adaptées au tempérament de chaque pays a été envisagé par lui seul. Sans avoir jamais accepté une vérification extérieure, il prétend pouvoir donner les caractéristiques sociologiques d'un catholique ou d'un protestant.

Ainsi, dans ces quatre cas, les malades s'évadent dans un système scientifique qui puise en lui-même ses propres ressources. Le contrôle par autrui ou par les faits d'expériences n'existe plus. L'affirmation brutale de leurs convictions a remplacé toute démonstration.

*La construction délirante s'appuie sur des raisonnements scientifiques sans participation de l'affectivité.*

Thérèse et Jean basent leur délire sur un système psychologique précis : la psychanalyse. On retrouve dans ces deux observations tous les éléments classiques de cette méthode. Mais alors que le transfert sur le psychanalyste est essentiellement affectif, on ne rencontre ici qu'une attitude froide et impersonnelle. Pour Thérèse, il ne s'agit pas d'une érotomanie vraie mais d'une attitude stéréotypée. Jean n'écoute son entourage que dans la mesure où il lui est indispensable, mais il n'y a pas d'affectivité vis-à-vis de ses voisins.

Jean-Louis rêve d'une « Cité de la paix » théorique. Elle sera l'image exacte des grands principes psychologiques. Nulle possibilité de poésie dans ce monde soumis à des normes étudiées à l'avance et l'amour lui-même sera canalisé, codifié, il ne pourra exister en dehors de ce couple supérieurement scientifique : le couple existentiel.

Paul veut aussi réduire le monde à des normes scientifiques. Pour lui, tout doit être situé exactement sur les trois plans qu'il envisage : psychologique, sociologique et ethnologique. Il n'a pas d'autres préoccupations en dehors de ces problèmes. L'existence d'autrui elle-même n'est envisagée que sous cet angle. Lorsqu'une nouvelle secrétaire apparaît dans son bureau, il ne pense qu'à analyser son attitude pour déterminer sa religion.

La construction délirante de ces quatre sujets est donc bien scientifique. Elle exige des connaissances théoriques importantes qui constituent la trame même du délire. Par contre, il n'y a pas de place dans ce système pour un sentiment affectif quelconque, seul le raisonnement scientifique est admis.

*Il y a un abaissement de la fonction pratique du Moi et une hyperactivité de la fonction spéculative.*

Dans la réalité journalière, aucun de ces sujets ne présente une activité pratique importante. Leurs efforts se déploient entièrement dans un monde abstrait.

Thérèse s'enferme dans sa chambre ou dans la salle de bains. Sa mère remarque qu'elle délaisse les travaux ménagers. Par

contre, elle passe de longues heures à réfléchir, elle organise son système de psychanalyse que par la suite elle va sans cesse enrichir.

Jean, tout au long de sa vie, n'a jamais pu fournir un travail régulier. Après son installation dans le délire, toute activité pratique cessa. Il restait dans sa chambre, parlant peu mais méditant beaucoup. Il essayait de reconstruire sa personnalité. Ce n'est qu'après une importante amélioration de ses troubles qu'il acceptât de se promener dans le jardin et d'y travailler.

Jean-Louis, lorsque son délire éclata, perdit toute son adaptation au travail. En tant qu'ouvrier spécialisé, il consacrait la plus grande partie de son activité à une tâche manuelle. Dès l'apparition des premiers troubles, il est désorienté devant son labeur. Il ne comprend plus le monde où il vit, sa machine lui devient étrangère. Mais son activité délirante, du point de vue spéculatif, est importante. Il envisage non seulement le problème de l'Inspectorat, celui du couple existentiel, mais aussi celui des criminels de guerre, du roi d'Angleterre. Il passe des journées entières à essayer de les résoudre.

Quant à Paul, deux fois il se vit confier une étude sociologique précise. Il fut chaque fois arrêté par le côté pratique de cette tâche. Envoyé sur place pour étudier le comportement du protestant et du catholique cévenols, il s'avoue rapidement vaincu. Il demande des collaborateurs pour le seconder. N'obtenant pas satisfaction, il abandonne cette étude. Un peu plus tard, il est nommé professeur dans une école départementale de l'Assistance sociale (section sociologie économique), mais il doit démissionner, découragé, dit-il, par les conditions matérielles du travail.

Tous ces malades ont donc abandonné le monde concret pour se réfugier dans le domaine de la spéculation. Isolés dans leur tour d'ivoire, ils laissent leur intelligence poursuivre à sa guise et pour elle-même son raisonnement. Il en résulte une pensée qui ne tient compte d'aucune réalité. BLEULER l'a appelée pensée déréelle ou déreïstique : « Elle n'admet pas l'impossible, le contrôle par l'expérience ».

Il s'agit donc essentiellement d'un trouble de l'intelligence aggravé encore par la spécialisation de ces sujets. Celle-ci, en effet, les a obligés à accumuler une somme de connaissances importantes et le plus souvent abstraites. Mais cette absorption massive de données nouvelles ne les a pas enrichis, bien au contraire. Ils n'ont assimilé dans leurs études que les processus analytiques ou n'ont gardé de leurs travaux que des notions abstraites. Ces acquisitions ont souvent même été mal comprises et ces sujets les étendent à des domaines où raisonnablement elles ne peuvent s'appliquer.

On se trouve donc ici en présence du danger majeur de la spécialisation. Elle hypertrophie les processus mnésiques et la logique formelle de ces individus, mais elle inhibe du même coup leurs facultés de synthèse. Elle aboutit ainsi à la formation de techniciens pouvant accumuler une quantité énorme de documents, mais absolument incapables d'en dégager une idée directrice. Leurs acquisitions scientifiques resteront stériles car ils ont perdu la possibilité de pouvoir coordonner les faits pour en réaliser une synthèse harmonieuse. Si l'on admet la théorie de l'étagement des niveaux de JACKSON, ces individus en sont restés à un stade inférieur de développement.

\*  
\*\*

### 3. PROBLÈME DE L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE DE CES SUJETS.

Enfin ces observations posent un problème d'ordre pratique : celui de l'orientation professionnelle de ces malades.

Avant de l'aborder, une remarque s'impose. Les conflits qui ont déterminé la sensation de solitude chez ces malades existaient bien avant leurs études de psychologie. Pour Thérèse, cette hypothèse est évidente puisqu'elle est inscrite à la Sorbonne à vingt-huit ans et après de multiples échecs. Les premiers rites conjuratoires sont apparus chez Jean à l'âge de douze ans. C'est à treize ans que le malade de la quatrième observation a compris « la grandeur de la psycho-sociologie ».

On peut dès lors se demander quelle est la part de ces conflits dans l'orientation de ces sujets vers la psychologie. Il est certain que dans toutes les psychoses, on retrouve pratiquement les mêmes traumatismes affectifs. Mais ceux-ci sont survenus sur un terrain bien particulier : il s'agit de malades abstraits et rationalistes qui cherchent constamment à se référer à de grands principes universels. Pour expliquer certaines anomalies de leur conduite, n'ont-ils pas été amenés inconsciemment à la confronter avec les lois générales de la psychologie ? Tel pourrait être, peut-être, le point de départ de cette spécialisation.

Mais après la guérison du délire, ces deux facteurs : rationalisme morbide et traumatismes affectifs persistant, peut-on encourager ces sujets à poursuivre leurs études ou faut-il au contraire les diriger vers d'autres activités ? La conduite à tenir variera dans la mesure où l'on pourra intervenir sur leur sentiment de solitude ou sur leur rationalisme. Elle est donc liée en fait au contexte clinique.

Jean, le malade de la deuxième observation, ne présente qu'un esseulement relatif. Tant à l'hôpital qu'auprès de son psychanalyste, il éprouve un sentiment de sécurité. Dans ces conditions, il pourrait envisager de poursuivre ses études, mais elles sont interrompues depuis longtemps. C'est pourquoi la psychothérapie entreprise dans le service vise surtout à faire disparaître ses obsessions sexuelles pour lui permettre de retrouver une activité normale. Trois mois après sa sortie, le résultat était partiellement atteint.

Jean-Louis est de contact facile. On peut donc penser qu'il lui est possible de combler aisément son sentiment de solitude, en réalité il n'y arrive pas, peut-être en partie à cause de ses tendances schizoïdes qui conditionnent son rationalisme morbide. C'est de leur importance que dépendra la conduite à tenir. Si elles sont superficielles, il pourra fréquenter à nouveau les cours du soir. Par contre, si elles s'accroissent dans un avenir relativement proche, il faudra envisager la suppression totale des cours de psychologie.

Le problème est plus difficile pour le malade de la quatrième observation. Paranoïaque, il restera seul en permanence, il ne

discutera jamais avec autrui, il n'aura en ses semblables qu'une confiance très limitée. Mais ses études comblent en partie son sentiment de solitude. On ne peut donc envisager de les supprimer. Il faudra essayer d'agir sur le deuxième élément du délire : le rationalisme morbide. C'est d'ailleurs en lui faisant prendre contact avec la réalité que l'on assista à la baisse de l'activité délirante et à la disparition des signes qui ont motivé sa consultation.

Pour Thérèse, de grandes réserves s'imposent en ce qui concerne la poursuite de ses études. Après le traitement, le sentiment de solitude a disparu. Elle a retrouvé son affectivité, elle renoue avec sa mère. Mais ses tendances schizoïdes laissent le champ libre au rationalisme morbide qui réapparaîtra à la moindre ébauche de dissociation. C'est donc en définitive l'évolution clinique qui motivera la cessation des cours.

Ainsi conflits affectifs et rationalisme peuvent peut-être par leur réunion, permettre de comprendre l'orientation professionnelle de ces sujets, ou tout au moins leur appétence pour la psychologie. Mais la valeur de ces deux notions n'est pas seulement théorique, on la retrouve également sur le plan pratique car ce sont elles qui vont déterminer certaines sanctions thérapeutiques, notamment l'orientation ultérieure de ces sujets.

---

## CONCLUSIONS

---

Il est possible, d'après ces observations, d'individualiser une forme particulière de délire : le délire de psychologie.

Malgré leur nombre restreint, elles permettent de préciser certains de ses caractères :

1° Il ne s'agit pas d'une nouvelle entité clinique, mais d'un syndrome rencontré au cours de psychoses très diverses.

2° Il se voit chez des psychologues, ou tout au moins chez des individus qui, au cours de leur vie, ont fait des études de psychologie.

3° Son apparition est liée à un certain nombre de conflits affectifs, sociaux et sexuels. On les retrouve identiques dans tous les cas. Ils entraînent un sentiment de solitude ou plus exactement d'esseulement. C'est la fuite devant cette impression qui déclenche l'apparition des phénomènes morbides.

4° Le thème délirant s'explique par un processus de rationalisation morbide.

5° La réunion de ces deux facteurs : conflits affectifs d'une part, tendance à la rationalisation d'autre part, peuvent peut-être permettre de comprendre dans une certaine mesure l'orientation de ces sujets vers la psychologie.

6° Ces facteurs persistant après les manifestations pathologiques, le problème de l'orientation professionnelle de ces malades reste entier. Sa solution dépend du contexte clinique.

Vu, le Doyen :  
BINET

Vu, le Président de Thèse :  
BARUK

Vu et Permis d'imprimer,  
le Recteur de l'Académie de Paris :  
SARRAILH



## BIBLIOGRAPHIE

---

- ADLER (A.). — Ueber den nervösen Charakter 1912. (Traduction française de Roussel « Le tempérament nerveux, Payot, 1926.)
- BESSIÈRE (R.), FUSSWERK (J.). — L'hypno-analyse dans les états schizo-phréniques et l'automatisme mental. (Paris, Masson, 1950.)
- BISWANGER (L.). — Ueber die daseinanalytische Forschungsrichtung in der Psychiatrie. (*Schweiz. Arch. f. Psych. u. Neurol.*, 1946, 57, 209.)  
— Ueber Ideenflucht. (*Zurich Orell-Füssli*, 1933.)
- BLEULER (E.). — (*Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Genève, 1926.)  
— Primäre und sekundäre Symptom. der Schizophrenia. (*Zeit. f. g. Neur. u. Psychiatrie*, 1930, 124.)
- BOREL (J.). — Les psychoses passionnelles. (*L'Expansion scientifique française*, Paris, 1952.)
- CLERAMBAULT (G. de). — Œuvre psychiatrique recueillie par FRETET. (*Presses Universitaires*, Paris, 1942.)
- DELAY (J.), TALAIRACH (P.). — La paranoïa de compensation. (*Annales Médico-psychologiques*, I, 422, 1943.)  
— Une paranoïa de compensation. (*Annales Médico-psychologiques*, I, 424, 1943.)
- DIVRY (R.). — Contribution à l'étude des troubles de la paranoïa. (*Bull. de l'Acad. Roy. de Médecine de Belgique*, 138, 1920.)
- EY (H.). — Etudes psychiatriques. (Desclée de Brouwer, Paris, 1948.)  
— La production du rêve comme fait primordial de la psychopathologie. (Imprimerie Alençonnaise, Alençon, 1951.)
- EY (H.), ROUART (J.). — Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie. (Doin, Paris, 1938.)

- GRJHLE (W.). — Psychologie der Schizophrenia. (Springer, Berlin, 1929.)
- GUIRAUD (P.). — Les délires chroniques. Hypothèses pathogéniques contemporaines. (*Encéphale*, 1925, 9, 663.)
- Psychopathologie des délires. (*Congrès International de Psychiatrie*, Paris, 1950.)
- HEUYER (G.). — Toxicomanie psychanalytique. (*Annales Médico-psychologiques*, 1948, 2, 632.)
- JANET (P.). — De l'angoisse à l'extase. (Alcan, Paris, 1926.)
- JACKSON (J.-H.). — Selected writings of Hughlings Jackson. (Taylor Hodder and Stoughton, Londres, 1932.)
- JASPERS (K.). — Allgemeine psychopathologie. (Springer, Berlin-Heidelberg, 1948.)
- KAHN (R.). — Daseinanalyse eines Falles von Schizophrenie. (*Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neur.*, 1947, 58, 387.)
- KEHRER. — Das Bumke's Handbuch der Psych. Paranoïde Zustände. (Spez. Teil II, Bd. VI.)
- KRAEPLIN. — Hundert Jahre Psychiatrie. (Springer, Berlin, 1918.)
- KRAFFT-EBING. — Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart, 1903.)
- KRONFELD (A.). — Perspektiven der Seelenheilkunde. (Thieme, Leipzig, 1930.)
- KUNZ (H.). — Grenze der Psychopathol. Wahninterpretationen. (*Zeit. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 137, 1947.)
- MAGNAN. — Du délire des persécutions. (*Gazette médicale*, oct.-nov. 1877.)
- MAYER-GROSS (W.). — Selbstschilderungen der Verwirrtheit. Die Oni-roïde Erlebnisform. (Springer, Berlin, 1924.)
- MINKOWSKI (E.). — Phénoménologie et Analyse existentielle en psychopathologie. (*Evolution psychiatrique*, 1948, 4, 137.)
- Rationalisme morbide et schéma corporel. (*Annales médico-psychologiques*, 1949, 2, 216.)
- ROGUES DE FURSAC, MINKOWSKI (E.). — Contribution à l'étude de la pensée et de l'attitude autistes. (*Encéphale*, 1923.)
- RUQKE (H.-C.). — Psychopathologie des délires. (*Congrès International de Psychiatrie*, Paris, 1950.)

- SCHULTE (H.). — Versuch einer Theorie der paranoischen Eigenbeziehung und Wahnbildung. (*Psychol. Forschung*, 1924, 5, 1.)
- VERDEAUX (G.). — La paranoïa de compensation. (Le François, Paris, 1943.)
- WETSPHALL. — Ueber die Verrucktheit. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, 1878, XXXIV.)
- WETZELL. — Das Weltuntergangserlebnis in der Schizophrenie. (*Zentral f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1922, 78, 408. )
-

## TABLE DES MATIERES

---

|                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction .. .. .                                                                              | 15 |
| CHAPITRE I. — Historique .. .. .                                                                  | 17 |
| CHAPITRE II. — Observations .. .. .                                                               | 21 |
| CHAPITRE III. — Similitudes et différences présentées par ces obser-<br>vations .. .. .           | 41 |
| <i>Similitudes de :</i>                                                                           |    |
| a) <i>la construction délirante (caractéristiques cliniques de ce<br/>        délire)</i> .. .. . | 47 |
| b) <i>des études de ces sujets</i> .. .. .                                                        | 48 |
| c) <i>des conflits présentés par ces sujets</i> .. .. .                                           | 49 |
| <i>Différences présentées par ces observations</i> .. .. .                                        | 54 |
| CHAPITRE IV. — Discussion .. .. .                                                                 | 57 |
| 1) <i>Motivation de l'apparition de ce délire</i> .. .. .                                         | 57 |
| 2) <i>Motivation de l'identité du thème délirant</i> .. .. .                                      | 59 |
| 3) <i>Problème de l'orientation professionnelle de ces sujets</i> ..                              | 64 |
| Conclusions .. .. .                                                                               | 67 |
| Bibliographie .. .. .                                                                             | 69 |



